XXXIII. JAHRGANG. 7. Heft. 1. APRIL 1892.

MEDICINISCH-CHIRURGISCHE RUNDSCHAU.

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE

GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

redigirt

von

Prof. Dr. W. F. LOEBISCH

an der k. k. Universität Innsbruck.

WIEN.

URBAN & SCHWARZENBERG,

I., Maximilianstrasse 4.

Man abonnirt in Oesterreich-Ungarn direct bei der Administration der „Med.-chirurg. Rundschau" in Wien, I., Maximilianstr. 4, durch Einsendung des Betrages per Postanweisung, im Auslande bei allen Postämtern und Buchhändlern. Preis für den Jahrg. in 24 halbmonatl. Heften fl. 6 = 12 Rm., halbjährig 3 fl. = 6 Rm., vierteljährig 1 fl. 50 kr. = 3 Rm. — Einzelne Hefte 30 kr. ö. W. = 60 Pfge.

INHALT.

Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

296. ***Ueber Bradycardie und die Wirkung des Atropin auf das gesunde und kranke menschliche Herz.*** *Von Prof. Dr. Karl Dehio, Dorpat. (St. Petersb. med. Wochenschr. 1892. 1.)*

Dehio erörtert vorzugsweise die Entscheidung der Frage bezüglich der Bradycardie (Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens), ob die Ursache dieser pathologischen Veränderung der Herzthätigkeit im Einzelfalle ausserhalb des Herzens liegt oder cardialen Ursprunges ist. Auf Grundlage seiner Untersuchungen am Menschen gelangt *Dehio* zum Schlusse, dass wir im Atropin ein zuverlässiges Mittel besitzen, um zu entscheiden, ob es sich um eine cardiale oder extracardiale Bradycardie handelt. Da dieses Alkaloid die im Herzen gelegenen Endigungen der Vagusfasern lähmt, so wird in allen den Fällen, wo die Bradycardie auf einer Reizung des bulbären herzverlangsamenden Vaguscentrums oder der zugehörigen cardialen Vaguszweige beruht und somit extracardialen Ursprunges ist, durch eine Atropininjection die Bradycardie zum Schwinden gebracht werden müssen. In einem Falle von apoplectiformem Insulte bei einem 26jährigen Manne, wo der Puls auf 48 Schläge in der Minute gesunken war, injicirte *Dehio* 0·0016 Atropin. sulf. subcutan und der Erfolg war, dass der Puls nach 30 Minuten von 48 auf 144 Schläge in der Minute gestiegen war. Die Section ergab eine frische Thrombose der rechten Arteria fossae Sylvii mit weisser Erweichung des rechten Linsenkernes und eines Theiles des Thalamus optic. und der Capsula int.; das Herz anscheinend gesund. Anders gestalteten sich *Dehio's* Untersuchungen am Menschen bei Bradycardie cardialen Ursprunges. In einem Falle, wo es sich um eine Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, allgemeine Arteriosclerose handelte, dabei Bradycardie, war der Effect der Atropineinspritzung fast Null. In einem zweiten Falle, gut compensirter Insufficienz und Stenose des Aortenostiums mit Anfällen von cardialem Asthma und mit Bradycardie, konnte durch Atropin gleichfalls keine Beschleunigung des Pulses bewirkt werden. Dasselbe war in einem dritten Falle: Bradycardie bei einer Mitralinsufficienz. Auf Grundlage dieser Untersuchungen, sowie von Versuchen, mit Hilfe von Atropininjectionen die Bedingungen festzustellen, unter denen das automatisch und rhythmisch arbeitende Herz die Fähigkeit einbüsst, je nach Umständen in beschleunigtem Rhythmus zu pulsiren, schliesst *Dehio*, dass das Herz zwar im jugendfrischen Zustande die Fähigkeit und die Tendenz besitzt, frequente Contractionen auszuführen, im höheren Alter aber immer mehr die hierzu nöthige Energie einbüsst; dasselbe sei auch bei vielen Herzfehlern der Fall. Man könnte also sagen, dass die

Herzfehler häufig ein rasches, vorzeitiges Alter des Herzens bewirken und es führen diejenigen Herzfehler am ehesten und häufigsten zu einer solchen Ermattung des Herzens, welche die stärkste Hypertrophie, namentlich des linken Ventrikels, bewirken und somit die grössten Ansprüche an die Thätigkeit der motorischen Centra der Herzbewegung stellen. Bei der cardialen Bradycardie ist das Herz nicht nur nicht im Stande, rascher als in der Norm zu schlagen, sondern es vermag nicht einmal mehr die normale Pulszahl zu produciren, auch wenn die Vaguswirkung ausgeschlossen ist. Es liegt also in der cardialen Bradycardie die höchste Steigerung derjenigen Veränderungen vor, die wir in geringen Graden am senilen Herzen und bei vielen Herzfehlern antreffen. Was die Entstehung der Bradycardie betrifft, so gestatten *Dehio's* Beobachtungen, diese Störung zu anderen analogen Veränderungen der Thätigkeit des alternden und kranken Herzens in Beziehung zu setzen und für alle eine gemeinsame Ursache zu vermuthen. Da wir wohl noch immer automatisch arbeitende Centra im Herzen annehmen müssen, welche den Rhythmus und die Coordination der Herzschläge regieren, so sind Ernährungsstörungen dieser Centra, also locale Veränderungen, als die letzte Ursache der erwähnten Anomalien, und besonders der cardialen Bradycardie anzusprechen. Zuweilen, wie z. B. bei der vorübergehenden Bradycardie nach acuten Infectionskrankheiten, mag es sich um leichtere Erschöpfungszustände dieser Centra, um eine functionelle Schwäche derselben handeln, in der Mehrzahl der Fälle aber dürften die localen Ernährungsstörungen in der Herzwand wohl auf localer Sclerose derjenigen Aeste der Coronararterien beruhen, welche die wichtigen Centralstellen des Herzens ernähren, auf deren ungestörter Function die normale Herzaction beruht. Prof. *Kisch.*

297. ***Ueber Störungen des Gleichgewichtes bei Stirnhirntumoren.*** *Von Dr. L. Bruns, Nervenarzt in Hannover. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 7.)*

Bruns sucht an der Hand eigener Beobachtungen zu beweisen, dass die „cerebellare Ataxie" — d. h. eine geringere oder grössere Störung des Stehens und Gehens, bedingt durch eine Unsicherheit in der Körperhaltung, Schwanken und Taumeln, wie beim Alkoholrausch, und durch Unvollständigkeit in der Coordination der Bewegungen der unteren Extremitäten, so dass diese ganz verkehrt, oft eine über die andere gesetzt werden — nicht die specifische localdiagnostische Bedeutung hat, die man ihr im Allgemeinen zumisst. Denn auch bei anders localisirten Hirnaffectionen kann eine schwere Störung des Körpergleichgewichtes vorkommen, die der sogenannten cerebellaren so ähnlich oder gleich sieht, dass nur eine genaue Berücksichtigung der Nebensymptome, wie sie meist vorhanden sind, vor einer Verwechslung schützt und der Diagnose auf den richtigen Weg hilft, während man auf den ersten Blick immer geneigt sein wird, eine Kleinhirnerkrankung zu vermuthen. Diejenige Provinz des Gehirns, von der solche Störungen ausgehen können, sind das Stirnhirn und der sie bedingende Process, Geschwülste des Stirnhirns. — In den vier eigenen Beobachtungen, die *Bruns* ausführlich mittheilt, fand sich als ein Hauptsymptom die Gleichgewichtsstörung, genau in derselben Weise, wie sie bei

Kleinhirnaffectionen beschrieben wird; in 2 Fällen wurde bei Lebzeiten die Diagnose auf einen Stirnhirntumor mit Sicherheit gestellt, bei der Section fanden sich in allen vier Fällen Tumoren in dieser Gehirnprovinz. Aus einer Literaturübersicht geht mit Sicherheit hervor, dass Störungen des Körpergleichgewichtes sich bei Tumoren des Stirnhirns mit grosser Häufigkeit und Deutlichkeit finden. Die Frage, ob es möglich ist, trotz der Aehnlichkeit oder Gleichheit eines Hauptsymptomes der Kleinhirn- und Stirnhirntumoren eine Differentialdiagnose zwischen beiden zu machen, glaubt *Bruns* im Allgemeinen bejahen zu müssen, natürlich immer unter Rücksicht darauf, dass unter Umständen schon die Diagnose eines Hirntumors an sich ungeahnte Schwierigkeiten bereitet. Gewöhnlich sind beim Sitze der Tumoren im Stirnhirn, wenn sie nicht allzuweit von den Centralwindungen entfernt liegen, hemiplegische Erscheinungen vorhanden und fehlen fast immer bei Kleinhirntumoren. Ferner ist die ganz bestimmt umschriebene, auch bei tiefer Benommenheit noch vorhandene Schmerzhaftigkeit bei Percussion des Schädels für die Localdiagnose wichtig. Denn dieses Symptom scheint stets ein Zeichen dafür zu sein, dass der Tumor zum Mindesten dicht an den Hirnhäuten sitzt oder an den Knochen heranreicht; es wird also bei Kleinhirntumoren nur schwer zu constatiren sein. Die Stauungspapille pflegt bei Kleinhirntumoren besonders früh und stark aufzutreten und sehr schnell auch schwere Sehstörungen zu machen; bei Tumoren des Stirnhirns fehlt sie sehr oft ganz oder tritt doch erst sehr spät auf. Schliesslich sind die psychischen Symptome, speciell die Benommenheit, bei Stirnhirntumoren meistens besonders ausgeprägt, doch ist letzteres im Endstadium wohl für alle Tumoren gleich; andererseits treten Kopfschmerz und Erbrechen gerade bei Kleinhirntumoren sehr früh und stark auf.

H. Levy, Breslau.

298. ***Ueber die Stenose des Duodenum.*** *Von Dr. J. Boas. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 28. — Centralbl. f. klin Med. 1892. 7.)*

Verf. schildert drei Fälle von Duodenalstenose, deren Diagnose vor Allem dadurch sichergestellt war, dass der Magen der drei Patienten constante grosse Beimengungen von Galle, beziehungsweise Duodenalchymus enthielt. Im ersten Falle handelte es sich wahrscheinlich um eine Stenose nach vorhergegangenem Ulcus duodeni, während die beiden anderen hinsichtlich der Aetiologie der Stenosirung unklar blieben. Die Beobachtungen weichen nun gegen die bisher gemachten derartigen Beobachtungen von *Cahn*, *Riegel* und *Honigmann* in einem wesentlichen Punkte ab. *Boas* vermochte bei allen drei Patienten ohne Zusatz in dem ausgeheberten, offenbar alkalisch reagirenden Darmchymus Verdauung von Fibrin oder Hühnereiweiss zu erzielen. Er schreibt dies der Anwesenheit von Pancreassecret zu, dessen Vorkommen er für derartige Fälle für so constant hält, dass ein nachweisbares Fehlen tryptischer Function ihn unbedenklich eine Störung der Pancreasfunction oder eine Verlegung des Ductus pancreaticus annehmen lässt. Aus diesem Grunde theilt er auch nicht die Anschauung *Riegel's*, die allerdings durch dessen ersten und den Fall von *Honigmann* genügend gestützt zu sein scheint, dass durch den Ausfall der Magenverdauung das hauptsächlichste perniciöse Moment, eventuell

die Ursache zum schliesslich erfolgenden Tode gegeben sei, sondern er meint, dass durch die Betheiligung des Pancreas eine völlige Compensation dafür erzielt werde. Zum Beweis hierfür führt er seinen zweiten Fall an, bei dem eine dauernde Gewichtszunahme erreicht wurde. Dies ist aber, wie *Honigmann* bemerkt, der Fall, von dem *Boas* angibt, dass er nach geeigneter Behandlung (oftmaliger Magenauswaschung) Anfangs neben dem Darminhalt schon peptisch wirksamen Magensaft und später im Verlaufe der zwei Jahre, in denen sich Patient völlig erholte, nur solchen und gar kein Pancreasferment mehr nachweisen liess. Also so ganz geklärt ist diese Frage doch noch nicht. Auch das Schwinden der desinficirenden Magenfunction durch Untergang der Salzsäure glaubt *Boas* nicht so hoch anschlagen zu sollen, da er bei der Berechnung der Aetherschwefelsäuren im Harne normale Werthe fand. *Boas* fasst seine Anschauung in folgenden Sätzen zusammen: Das constante Auftreten von galligem Erbrechen oder die permanente Beimischung von Galle zum Mageninhalt spricht mit grösster Wahrscheinlichkeit für eine Stenose der Pars descendens duodeni. Zugleich mit dem Gallenerguss findet bei intacter Pancreasfunction ein Rückfluss von Bauchspeichelsaft in den Magen statt. Da erfahrungsgemäss Tumoren oder entzündliche Processe am Pancreas das Duodenum in verschiedenem Umfang comprimiren, so besitzen wir in dem Nachweis oder Fehlen der pancreatischen Fermente in der in den Magen zurückgeströmten Flüssigkeit ein Mittel, Pancreaskrankheiten als ursächliches Moment der Stenose auszuschliessen. Die Pylorusstenose mit consecutiver Dilatation ist von der Stenose der Pars descendens duodeni unter allen Umständen klinisch zu unterscheiden.

299. ***Obliteration der Vena cava superior.*** *Von Prof. Comby. (Le méd. modern. 1892. 14 Janvier.)*

In der Société médicale des hôpitaux zu Paris stellte Prof. *Comby* einen Kranken vor mit der Diagnose: Obliteratio venae cavae superior. Der 36 Jahre alte Kranke gibt an, an Typhus, Pneumonie, Syphilis, Alkoholismus gelitten zu haben. Seit 18 Monaten wird er von schmerzhaften Empfindungen häufig befallen, dieselben äussern sich in einer präcordialen Zusammenschnürung, bedeutend gesteigerte, beschleunigte Herzthätigkeit, Gesichtsstörungen. Die schmerzhaften Anfälle wiederholen sich 2—3 Mal des Tags. Nach einer dreimonatlichen consequenten Behandlung mit Digitalis und Milch verschwanden die Beschwerden, nur will der Kranke um diese Zeit bedeutende Venectasien an der vorderen Thoraxwand bemerkt haben. Seit 8 Monaten congestionirt das Gesicht bei jeder Anstrengung, der Augapfel hervortretend, reichlicher Thränenfluss und ein Gefühl von fortwährender Zusammenschnürung der Kehle. Kopfschmerzen und Nasenblutungen sehr häufig, sowie häufige dyspnoische Anfälle. Der Kranke trat am 30. November 1891 mit bedeutender Steigerung der angeführten Beschwerden in das Spital. Bei der Aufnahme war die bedeutende cyanotische Turgescenz des Gesichtes und des Halses besonders auffallend, namentlich die rechtsseitige Halshälfte. Eine ganz deutliche Thrombosirung der Vena jug. externa sinistr. war nachzuweisen, an der Thoraxwand bedeutende, bläulich durchscheinende venöse Erweiterungen, auf-

fallende Beweglichkeitsstörung an den ödematös geschwellten oberen Extremitäten. Die Herzschläge sehr frequent, im zweiten rechtsseitigen Intercostalraume ein deutliches rauhes systolisches Blasen, das sich bis zur Clavicula erstreckt und auf eine Aortenläsion hinweist. Die Diagnose war sichergestellt. Ob die Obliteration in Folge Compression von Seite eines Tumors im Mediastinum carcinomatöser oder tuberculöser Natur sei, ist schwer zu entscheiden. Die eingeleitete antisyphilitische Therapie blieb erfolglos.

Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

300. ***Einige psychische Frühsymptome von traumatischen Gehirnleiden.*** *Von* **T. D. Crothers.** *(Journ. of nervous and mental diseases. 1891. August. — Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. 1892. Februar.)*

Verf. weist darauf hin, wie häufig die Sucht, Alkohol, Opium oder andere Narcotica zu geniessen, fälschlich auf mangelnde Moral zurückgeführt wird, trotzden sie nur ein Symptom irgend einer Gehirnerkrankung ist. Drei Classen von Erkrankungen kann man unterscheiden, bei welchen jenes Symptom auftritt. Einmal hat in einer Reihe von Fällen irgend eine Art von Verletzung stattgefunden; hierhin gehören Sonnenstich, Schlag auf den Kopf oder irgend eine schwere Verletzung, wie auch eine schwere aufreibende Krankheit. Es tritt darnach Heilung ein, doch zugleich zeigt sich eine Aenderung des Temperaments, des Charakters, der Gefühle. Dann wird getrunken oder Opium etc. gebraucht, wodurch andere stark in die Augen springende Symptome hervorgerufen werden; in Folge dessen wird nunmehr Alles nur auf jene Intoxication zurückgeführt und eine primäre Ursache oft ganz übersehen. In einer anderen Reihe von Fällen schliesst sich der Alkohol- und Opiummissbrauch an ein psychisches Trauma an (Angst, Furcht, Trauer, fehlgeschlagene Speculation). Hierdurch wird eine Hirnlähmung, eine plötzliche Perversion der Hirnfunction und Hirnthätigkeit hervorgerufen, die sich nach aussen kundgibt eben durch jenen Missbrauch. In anderen Fällen ist der Alkoholgenuss ein Symptom von Erschöpfung und allgemeiner Hirnschwäche. In der Mehrzahl der Fälle haben nur die Hausärzte die Gelegenheit, die genauen Ursachen und die Entstehungsweise der genannten krankhaften Neigungen zu beobachten. Leider wird diesem Gegenstande seitens der Hausärzte nur selten die nöthige Beachtung geschenkt, trotzdem gerade hier von wissenschaftlicher berufener Seite der Hebel eingesetzt werden müsste zur Lösung eines grossen Theiles der Trunksuchtsfrage, die auch speciell in Amerika leider von eminentester Tragweite ist, in Folge der ungeheuren Verbreitung der Trunksucht.

301. ***Fall von spontaner venöser Obliteration der oberen Extremität.*** *Von* **Muselier.** *(Gaz. méd. de Paris. 1891. 28. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 4.)*

Ein 58jähriger Fleischer überstand 1868 Pocken, 1858 Pleuritis, die mit Punction behandelt wurde, 1869 Lues; seit 2 Jahren häufig Schwindelanfälle, seit 3 Monaten von Zeit zu Zeit Jucken und Kältegefühl in der linken Hand, welches auch in den Arm hinaufsteigt. Eines Morgens, nachdem der Mann sich wie gewöhnlich niedergelegt, bemerkt er beim Erwachen eine sehr starke gleich-

mässige Anschwellung des linken Vorderarmes und der Hand mit einem Gefühl von Taubheit ohne Schmerzen; in der nächsten Nacht stellt sich Erstarrung im Arm ein, dann nimmt der Obertheil und Schulter Theil, so dass 5 Tage später das Oedem sich bis zur Brust erstreckt und der Pat. nun seine Arbeit einstellen muss. Der kranke Arm ist um 12 Cm. (im Umkreis) dicker als der gesunde, die Haut ist von örtlichen Reizmitteln stark geröthet; besonders ist der Handrücken geschwollen, Bewegungen frei, schmerzlos, nur Gefühl von Schwere. Fingerdruck ist erst nach längerem Druck an den erkrankten Theilen sichtbar, keine Achseldrüsenschwellung an dem höheren Drittel des Armes, Erweiterung der Venen der Haut und Unterhaut, beide Radiales gleich stark; am Herzen, grossen Gefässen und Gefässen der linken Achsel nichts Abnormes. Offenbar liegt eine Verstopfung der tiefen Venen der oberen Extremität in Höhe des oberen Drittels des Armes vor; die Ursache der Obliteration ist unbekannt. Die Behandlung bestand in comprimirendem Watteverband und fortwährender Erhebung des Armes. 24 Tage nach Beginn des Leidens war im oberen Theile des Armes nur noch ein Massunterschied von 4, am Vorderarme von 1 Cm., ausserdem leichte venöse Gefässentwicklung und geringes Kältegefühl vorhanden.

302. ***Erkrankungen des Herzmuskels bei Typhus abdominalis, Scharlach und Diphtherie.*** *Von Dr. E. Romberg. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XLVIII. Heft 3 u. 4. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 14.)*

Die bereits vor 20 Jahren von *Hayem* geschilderte infectiöse Myocarditis ist bis jetzt der allgemeinen ärztlichen Anschauung völlig unbekannt geblieben, obwohl sie bei Typhus, Diphtherie und Scharlach neben der bekannten parenchymatösen Degeneration in erste Linie zu stellen ist. Sie charakterisirt sich durch die Infiltration des Herzfleisches mit kleinen einkernigen Rundzellen. (Wegen der histologischen Details wird auf die Originalarbeit verwiesen.) Diese Myocarditis wurde bei Diphtherie nie, bei Scharlach nur vereinzelt, bei Typhus in der kleineren Hälfte der Fälle vermisst. Die Ausgänge anlangend, sind a priori drei Möglichkeiten denkbar: 1. Heilung durch Resorption der Infiltration. 2. Abscedirung. 3. Heilung mit Schwielenbildung. Die Heilungsvorgänge sind vielleicht ziemlich häufig, Vereiterung ist jedenfalls äusserst selten; sehr wahrscheinlich ist es ferner, dass der schliessliche Ausgang häufig die myocarditische Schwiele ist; man darf daher nicht mehr die Sclerose der Coronararterien als die alleinige Ursache der Schwielenbildung betrachten. — Die Myocarditis verläuft völlig unabhängig von den parenchymatösen Veränderungen, so dass wir sie nicht als reactive Entzündung ansehen dürfen. — Möglicherweise wird die Myocarditis durch die specifischen Mikroorganismen hervorgerufen; wahrscheinlich ist ihre Entstehung durch die betreffenden Ptomaine, welche als Entzündungsreiz auf den Herzmuskel wirken. Dafür spricht besonders der Umstand, dass die diphtheritische Myocarditis anatomisch und klinisch fast zu derselben Zeit mit den diphtheritischen Lähmungen eintritt, die ja sicher durch die Einwirkung eines specifischen Toxalbumins entsteht. Hand in Hand mit den myocarditischen Processen gingen peri- und endocarditische

Vorgänge; die Pericarditis, die meist nur mikroskopisch nachweisbar ist, fand sich in der Mehrzahl der Fälle, während die Endocarditis nur in etwas mehr als ein Drittel aller Fälle zu constatiren war.

303. ***Die Chorea des Kindes.*** *Von* ***Baumel.*** *(Union méd. 1891. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 4.)*

Baumel schildert mehrere Fälle von Chorea bei Kindern, deren Aetiologie, Entstehungsweise und Verlauf interessant ist. Bei einem Mädchen entwickelte sich die Krankheit im Anschlusse des Intermittens, bei einem 13jährigen Knaben nach Masern. Bei letzterem wurden im Stuhl Eier von Trichocephalus und Eier, welche denen von Botriocephalus sehr ähnlich waren, gefunden. Die unteren grossen Molarzähne waren bei der ersten Untersuchung vollständig, die oberen unvollkommen durchgekommen; die Dentition war also damals noch nicht beendet. *Baumel* ist überzeugt, dass nach Vertreibung der Parasiten die Choreaanfälle vollständig aufhören werden; jedenfalls sind sie nach Beendigung der Dentition bereits milder geworden. Ein Mädchen von $11^1/_2$ Jahren, welches bereits früher an Choreaanfällen gelitten, hatte ebenfalls Unregelmässigkeiten beim Zahnen gehabt; der erste Schneidezahn erschien im zweiten Lebensjahre, der Unterkiefer hatte 14 statt 12 Zähne, von denen die beiden letzten unvollständig hervorgewachsen waren. Pat. hatte rechts angeborenen Klumpfuss. Während der Beobachtung fand ein Uebergang der choreatischen Bewegungen von der linken auf die rechte Seite statt. Die Kranke wurde mit Brom, China und Eisen behandelt und geheilt. Die letzte, 10jährige Pat., hatte am Morgen nach Extraction des zweiten kleinen, oberen, linken Molaris zum ersten Male Choreabewegungen gezeigt. Die Herausnahme des cariösen Zahnes war ohne Schwierigkeiten. Der Kopf wird nach links, der linke Arm nach hinten geschleudert. Es besteht Schlaflosigkeit, Schreien in der Nacht, Schmerzen in den Fingern, Daumen und Knöchel links, Sprache ist erschwert, bisweilen ganz aufgehoben. Ein Jahr vorher hatte Pat. Masern überstanden. Während der Behandlung mit Brom und Roborantien kamen mehrere Molarzähne durch. Die Pat. war erheblich gebessert. Die Zahnentwicklung ist also als Gelegenheitsursache für die Entstehung der Chorea bei anderweitigen prädisponirenden Momenten aufzufassen. Nach diesen Gesichtspunkten ist auch die Behandlung einzurichten.

Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

304. ***Ueber Neuralgien und ihre hydriatische Behandlung.*** *Von Prof. Dr.* ***Wilh. Winternitz.*** *(Bl. f. klin. Hydrother. 1892.)*

In des Verf. Anstalt in Kaltenleutgeben wurden in den letzten 25 Jahren 585 Kranke aufgenommen, bei welchen keine andere Diagnose als die einer Neuralgie gemacht werden konnte. Ausgeschlossen aus dieser Reihe sind selbstverständlich alle jene Fälle, bei welchen die Neuralgie nur als eine Begleiterscheinung eines anderen patenten Leidens aufgefasst werden musste — die

lancinirenden Schmerzen der Tabiker, die Cardialgien Anämischer und Magenkranker, die Hemicranien bei solchen, die neuralgischen Affectionen bei Metallvergiftungen etc. Einbezogen sind: Hemicranien, Frontal-, Supra- und Infraorbital-, Maxillar-, Ciliar-, Temporal- und Occipitalneuralgien, sowie neuralgische Affectionen am Stamme und den Extremitäten, nach dem Verlaufe der meisten sensiblen Nerven. Der Erfolg, der in diesen 585 klinisch beobachteten Fällen, grösstentheils nur mit den uns zu Gebote stehenden physikalischen Heilfactoren — thermischen, mechanischen und elektrischen — erreicht wurde, beziffert sich auf 52 Procent Heilungen. Nur 5 Procent wurden ganz erfolglos behandelt. Bei den Uebrigen wurde doch eine, wenn auch oft bald wieder vorübergehende Besserung erzielt. Dies Resultat reiht wohl die physikalischen Heilmethoden und unter diesen ganz besonders die Hydrotherapie unter die werthvollsten antineuralgischen Curmethoden. Ganz ausnahmsweise gelang es, manche selbst hartnäckige und inveterirte Neuralgie durch einen oder einige wenige energische hydriatische Eingriffe förmlich zu coupiren. Eine bereits ein paar Monate dauernde sehr heftige Prosopalgie schwand nach einem einzigen achtgradigen Regenbade und kehrte drei Monate lang nicht wieder. Freilich ist es nicht gestattet, auf einen solchen Glücksfall oft zu rechnen. Nicht zu den Ausnahmen jedoch gehört es, selbst bei sehr heftigen und auch veralteten Neuralgien, auf kürzere oder längere Intervalle die Schmerzen unmittelbar nach den ersten hydriatischen Operationen vollständig nachlassen oder viel milder werden zu sehen. Als ganz besonders wirksam bewähren sich in dieser Hinsicht die wechselwarmen oder sogenannten schottischen Douchen. Als ein prognostisch günstiges Moment darf es angesehen werden, wenn den ersten hydriatischen Proceduren eine solche Remission unmittelbar folgt. Zu den mächtigsten Antineuralgicis und Nervinis überhaupt gehört die Combination von Wärme und Kälte. Hier scheint die Wärme die Nerven viel empfänglicher zu machen für die nachmalige, die Innervation verändernde, eine Umstimmung, eine Revulsion hervorbringende Wirkung niedriger Temperaturen. Wärmestauung oder directe Erwärmung können zu diesem Behufe der Abkühlung vorausgeschickt werden. Erregende Umschläge auf das von den Schmerzen befallene Gebiet, feuchte Einpackungen des ganzen Körpers, locale oder allgemeine Dampfkastenbäder, Dampf- oder Warmwasserdouchen dienen der vorherigen Erwärmung, während kalte Abreibungen, kühle oder kalte Halb- und Tauchbäder, die verschiedenen Formen der Fallbäder-, Regen-, Capellen-, Ringdouchen und bewegliche Fächerdouchen zur Auslösung des thermischen Contrastes und der Abkühlung dienen. Eine weitere Reihe von Neuralgien findet Heilung in mehr weniger energischen und consequent durchgeführten Schweissproceduren mit nachfolgenden flüchtigen oder eingreifenderen Abkühlungen. Hier sind unter Umständen auch die sogenannten erregendsten, am raschesten Wärme entziehenden Badeformen, wie das kalte Vollbad, von Nutzen. Das Hauptaugenmerk muss gerade in diesen Fällen auf die Erzielung einer raschen, prompten und vollkommenen Reaction gelegt werden. Alles, was eine solche möglichst zu erleichtern, zu fördern, zu unterstützen, zu unterhalten geeignet ist, muss in

entsprechender Weise zur Anwendung kommen. Intensiver Nervenreiz behufs revulsiver Umstimmung der krankhaften Nervenerregung, mächtiger primärer und reactiver Einfluss auf die Circulation, Hervorrufung activer Fluxion nach verschiedenen Organen, lebhafter Stromwechsel, Anregung profuser Se- und Excretionen scheinen die wirksamen Factoren dieser in 52 Procent der Fälle radicale Heilung, in einem grossen Procentsatz Besserung bringenden Therapie gewesen zu sein. *O. R.*

305. ***Ueber Pental.*** *Von Dr. Limpert. (München. med. Wochenschr. 1892. 10.)*

Die ausserordentlichen Vortheile des Pentals sind, dass es keine Erregung, selbst bei Trinkern nicht, während der Betäubung hervorruft, dass die Herzthätigkeit und die Athmung in keiner Weise alterirt werden und der Patient sich nach dem Erwachen völlig wohl fühlt. Bei 23 Betäubungen — freilich lässt sich bei einer so geringen Anzahl noch kein voll- und endgiltiges Urtheil abgeben — hat Verf. keine einzige unangenehme Begleiterscheinung constatiren können, so dass man sagen darf, dass sich das Pental in kurzer Zeit bei geringen chirurgischen Eingriffen, namentlich in der Zahnheilkunde bei Extractionen einbürgern und gerne gebraucht werden wird. In der höheren Chirurgie wird es wegen der kurzen Dauer der Betäubung, 1—2 Minuten, keine Verwendung finden können. Meist kann die Operation vor sich gehen, bevor vollkommene Bewusstlosigkeit eingetreten ist. Das Zeichen zum operativen Vorgehen ist gegeben, sobald die Glieder schlaff sind, wenn der erhobene Arm schlaff zurückfällt. Bezüglich seiner Flüchtigkeit und seiner leichten Brennbarkeit ähnelt das Pental sehr dem Aether, weshalb es nicht in die Nähe von Feuer und Licht zu bringen ist. *O. R.*

306. ***Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Diabetes mellitus.*** *Von de Renzi und Reale. (Gazetta dei hospitali. 1891. 90. — La Médecine moderne. 1892. 7.)*

Die Verff. haben an einer grossen Anzahl von Thieren die Exstirpation des Pancreas ausgeführt und damit das Auftreten von Diabetes bewirkt. Bei Hunden ist derselbe nicht geschwunden, sondern nur gemindert worden durch die Ernährung mit Fleisch, mit Peptonen, mit Pancreas vom Kalbe. Er verschwand vollkommen bei exclusiver Ernährung mit grünen Vegetabilien oder mit reinem Inulin. Diese Thatsachen wurden klinisch verwerthet und in Anwendung gebracht bei zwei von schwerem Diabetes ergriffenen Kranken und führten hier constant zu folgenden Resultaten: 1. Fortdauer der Glycosurie bei Fleischkost. 2. Constantes Verschwinden des Zuckers bei ausschliesslicher Ernährung mit grünen Vegetabilien. 3. Wiederauftreten des Zuckers mit der Wiederaufnahme der Fleischnahrung. Aus diesen Versuchen ziehen sie den Schluss, dass die als Inulin bezeichnete Stärkeart, welche in den grünen Vegetabilien vorkommt, sich nicht in Dextrose verwandelt, sondern in Levulose, welches eine selbst im Organismus des Diabetikers leicht verbrennliche Substanz darstellt. Nach den Verff. hat der diabetische Organismus die Fähigkeit verloren, die Dextrose zu zerlegen, aber er ist noch im Stande, die Levulose zu oxydiren. Diese statt jener einzuverleiben ist daher die Haupt-

indication bei allen klinischen Heilversuchen des Diabetes mellitus. Sowohl das Körpergewicht als die Muskelkraft nehmen bei den mit grünen Vegetabilien genährten Kranken zu, ob man dieselbe gleichzeitig mit Fleischnahrung combinirt oder nicht. Auch die vermehrte Ausscheidung von Stickstoff und Phosphorsäure nimmt zu, Levulose wird im Harn selbst nicht nachweisbar. *Loebisch.*

307. ***Zur Behandlung der chronischen Obstipation.*** *Von Dr. Th. S. Flatau. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 9. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 7.)*

Bei Fällen chronischer Obstipation auf Grund von träger Dickdarmperistaltik, welche nicht durch reelle Darmkrankheiten hervorgerufen wird, sondern sich als ein Correlat „sitzender Lebensweise", Vernachlässigung der täglichen Entleerung, sowie als Begleiterscheinung gewisser chronischer, nervöser und ähnlicher Erkrankungen bildet, wendet *Flatau* ein mechanisches Verfahren an, das ihm sehr gute Dienste geleistet hat. Es wird der schmale Rectalsaum, der durch die Erschlaffung der Mastdarmschleimhaut neben der Anusöffnung in diesen Fällen fast ausnahmslos vorragt, bei Abduction der Gesässhälften kalt abgewaschen und nach Auftrocknung mit einer guten Messerspitze voll pulverisirter Borsäure eingepudert oder eingerieben. Ist die Rectalschleimhaut nicht erreichbar, so wird die Borsäure durch ein breites kurzes Rohr eingeblasen. Der Erfolg zeigt sich durch den Eintritt mehrerer breiiger Entleerungen und beruht auf einer Anregung der Peristaltik. Eine Gewöhnung an dies Mittel hat *Flatau* nicht eintreten sehen.

308. ***Behandlung der Neurasthenie durch Transfusion von Nervensubstanz.*** *Von Constantin Paul. Vortrag in der Académie de Médecine zu Paris. 1892. 16. Februar.*

Aehnlich wie *Archimedes* die Erde aus ihren Angeln hebt, wenn man ihm nur einen Stützpunkt ausserhalb derselben gibt, so lässt sich jeder therapeutische Versuch rechtfertigen, wenn man nur eine unmögliche Prämisse zu finden im Stande ist. *Constantin Paul* erinnert an die subcutanen Injectionen von *Brown-Séquard* mit Hodenflüssigkeit. Nach ihm ist die dadurch erreichte „Dynamisation" eine andauernde und wird durch keine nachfolgende Depression beeinträchtigt (Vorzug der Hodenflüssigkeit vor dem Alkohol). In gleicher Weise dachte nun *Paul* auf das Nervensystem durch ein Extract aus den Nervengeweben einzuwirken. Die bekannte Sanftmuth des Schafes liess ihn in Anbetracht der leichten Erregbarkeit der Neurastheniker die graue Substanz des Gehirnes vom Schafe für diesen Zweck benützen. Man lässt dieselbe während 24 Stunden in wässeriger Glycerinlösung maceriren, filtrirt und erhält so eine Flüssigkeit, welche 10 Procent wirksamer Substanz enthält. Im Anfange injicirte *C. Paul* 1 Ccm. dieser Füssigkeit subcutan in die Lumbalgegend, später stieg er auf 5 Ccm. 2 Mal wöchentlich. Selbstverständlich wurden dabei die antiseptischen Cautelen gewahrt — man geht bekanntlich auf keinen Ball ohne Frack. Die Injectionen bewirken keinen localen Reizeffect, aber — wie dies der Scharfblick *C. Paul's* voraussah — eine bedeutende Besserung des allgemeinen Zustandes, Steigerung der Kraft, des Appetites und des Körpergewichtes. Drei Fälle von Neurasthenie auf chloro-

tischer Grundlage, drei Fälle von gewöhnlicher Neurasthenie, ein Fall von Pulsverlangsamung und vier Fälle von Ataxie wurden der oben erwähnten Behandlung unterzogen. Der Erfolg war, wie dies der Leser schon voraussetzt, in allen Fällen ein vorzüglicher.

—*x*.

309. ***Zur Wirkung des Orexins.*** *Von **W. Brunner**. Aus der Klinik des Prof. Stolnikow. (Wratsch. 1891. 26. — Therap. Monatsh. 1892. 2.)*

Bei den so verschieden lautenden Berichten über die Wirksamkeit des Orexins sind die Versuche von *Brunner* von um so grösserem Interesse, als er sie an Kranken mit Appetitlosigkeit anstellte, welche je nach den zu vermuthenden Veränderungen in der Magenschleimhaut in Gruppen zusammengefasst waren. Die Darreichung des Orexins geschah nach dem von *Penzoldt* vorgeschlagenen Modus unter Vermeidung jeglicher Suggestion und führte zu folgenden Resultaten: 1. Von vier ganz gesunden Menschen fühlte blos einer drei Stunden nach der Einnahme von 0·3 Orexin ein auch durch das Essen nicht zu beseitigendes Hungergefühl. Bei zwei Personen traten Schmerzen im Epigastrium und Erbrechen ein. Weder im Chemismus, noch im Mechanismus der Magenverdauung zeigte sich in dieser Gruppe irgend eine Aenderung. 2. Von weiteren 26 meist nervösen Personen mit normalem Chemismus der Verdauung, aber verlangsamter Magenentleerung und Resorption der Ingesta, zeigten 12 zunächst eine bedeutende Besserung des Appetites, welcher sogar bis zur Unersättlichkeit sich steigern konnte. Auch objectiv durch das *Ewald*'sche Probefrühstück war eine Vermehrung und Beschleunigung der Salzsäureabscheidung nachweisbar. Leider war jedoch der gute Erfolg nur von einer 2—8tägigen Dauer, da bei längerem Gebrauche des Orexins zuerst Gewöhnung an das Mittel eintrat und hierauf eine starke Verschlimmerung des Allgemeinzustandes der Kranken und völliges Schwinden des Appetites. 3. 10 Patienten mit compensirten Herzklappenfehlern, Phthisis incipiens und chronischem Gelenkrheumatismus klagten über Appetitlosigkeit. Von diesen verspürten vier nach Orexin eine subjective Besserung, welche bei zwei Kranken sich auch objectiv durch vermehrte Salzsäureabscheidung äusserte. Von den übrigen 6 Versuchsobjecten wurden 2 von Erbrechen und Magenschmerzen befallen. 4. Die letzte Gruppe von vier Mann bilden Magenleidende, und zwar sind von solchen Krankheiten vertreten: Dilatatio ventriculi, saurer Magencatarrh und Carcinom. Bei allen trat nach Verabfolgung von Orexin eine Verschlimmerung des Zustandes ein. Da nun nach den Erfahrungen von *Brunner* das Orexin die Magenschleimhaut stark reizt und nur ausnahmsweise und auch dann meist blos vorübergehend genützt hat, so meint *Brunner*, es sei dieses Mittel aus dem Arzneischatze zu streichen.

310. ***Sauerstoffinhalationen bei Neugeborenen.*** *Von **Dr. Bonnaire**. (Bull. méd. 1891. 68. — Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 51.)*

Auf Vorschlag von *Bonnaire,* welcher sein Verfahren bereits seit 1889 anwendet, werden in Paris zur künstlichen Erhaltung Früh- und Neugeborener Sauerstoffinhalationen neben den anderen bekannten Methoden angewendet. Das Gas wird mittelst eines Schlauches aus dem Cylinder, in welchem es in comprimirtem

Zustande enthalten ist, der Wärmwanne zugeführt und mischt sich in der Umgebung des kindlichen Kopfes mit der atmosphärischen Luft. Diese Sauerstoffzuführungen werden in langsamem Strom mehrfach des Tages wiederholt, so dass im Ganzen täglich zwei Stunden lang inhalirt wird. Angewendet wurden die Inhalationen in allen Formen von Asphyxie, nachdem die Athmung bereits wieder in Gang gebracht worden war, um die Blutüberfüllung der Lungen, die Gefahr der Aspirationspneumonie, die Herzschwäche und die zu schwache Innervation der Athmungscentren zu bekämpfen, kurz gegen die secundären Schwächezustände asphyctisch geborener Kinder. Ferner wurden alle schweren Schwächezustände Neugeborener ausser mit künstlicher Wärmezufuhr mit Sauerstoffinhalationen behandelt, auch bei Icterus neonatorum und Sclerem, Ernährungsstörungen wurden die Inhalationen angewendet. Der Erfolg war oft ein guter.

311. ***Die einfache mechanische Behandlung der Tabes.*** *Von Bonuzzi in Padua.*

Ueber dieses Verfahren, welches einen Ersatz der Suspensionsmethoden bilden soll, äusserte sich Prof. *Benedikt* in der Sitzung des Wiener med. Doctorencollegiums vom 14. December 1891 in folgender Weise: Es ist bekannt, dass die Suspensionsmethode sowohl im Inlande als auch im Auslande schon so ziemlich aufgegeben wurde. Man motivirt dies damit, dass man bei der Suspensionsmethode manchen unangenehmen Zufällen ausgesetzt sei, dass man auch einige Todesfälle ihrer Anwendung zuschreiben müsse. *Bonuzzi* glaubt, dass an solchen Vorkommnissen die Methode selbst nicht schuld sei. Nach seinen Erfahrungen ist die Suspension wohl von Werth und bringt ganz unbestreitbare Erfolge. Das *Romberg*'sche Symptom wird in günstiger Weise beeinflusst. Weniger wirkt diese Methode auf Schmerz und Gehfähigkeit ein. Zu den nachtheiligen Folgen, die bei Anwendung des Suspensionsapparates sich oft geltend machen, gehört die pathologisch gesteigerte Respiration und Durchblutung. *Bonuzzi* sucht nun durch mechanische Zerrung auf das erkrankte Rückenmark einzuwirken. Wenn man die Erfolge beider Methoden vergleicht, ergibt sich ein bedeutender Vortheil der neuen. Durch die Anwendung der Suspension erzielt man in den meisten Fällen eine Verlängerung der Wirbelsäule von höchstens 3 Cm., des Rückenmarkes von 4 Mm. Bei Anwendung der „Vorderen Flexion des Körpers", wie *Bonuzzi* seine Methode benennt, dehnt sich das Rückenmark um 12 Mm., wie die Verschiebung einer eingestochenen Nadel beim Experimente bewies, die Wirbelsäule verlängert sich um ungefähr 12 Cm. Dabei halten sich die Respirations- und Circulationsströmungen auf einer mässigen, durchaus nicht beunruhigenden Höhe, und die therapeutische Wirkung ist eine überraschende. Das *Romberg*'sche Symptom ist nach einigen Versuchen fast ganz geschwunden, der Patient kann ohne Unterstützung selbst mit geschlossenen Augen stehen. Auch die Neuralgien nehmen rapid ab und die Gehfähigkeit wird eminent beeinflusst. *Bonuzzi* hat oft bei sehr schweren Fällen günstige Erfolge erzielt. Auch *Benedikt* berichtet über Besserung in einem schweren Falle von Tabes. Doch gilt es auch hier, mit einiger Vorsicht zu Werke zu gehen, nicht zu übertreiben, weder mit der angewandten Energie,

noch mit der Zahl der Sitzungen. Es ist am besten, nach jeder Sitzung dem Patienten einige Tage Ruhe zu gönnen. Manchmal treten in den Füssen Geschwülste auf. Dieselben sind wahrscheinlich durch Blutung im Muskel bedingt, wie es *Benedikt* in einem Falle bei Durchschneidung der Haut deutlich erkennen konnte. *Benedikt* zeigt das Verfahren an einem Patienten, der sich an dasselbe schon so weit gewöhnt hat, dass er es ohne besonderen Schmerz erträgt. Der Patient wird flach gelagert, gewöhnlich auf einem Canapée, und seine Füsse mit einem Handtuche umschlungen. Dieses zieht er dann mit Gewalt gegen das Kopfende des Lagers, so zwar, dass die Beine im Hüftgelenk plötzlich maximal gebeugt werden. Dadurch wird die beabsichtigte Dehnung des Rückenmarks erzielt. Das ganze Verfahren dauert circa eine Minute.

Chirurgie, Geburtshülfe, Gynäkologie.

312. ***Zur Behandlung des Lupus der Haut.*** *Von Dr. W. Kramer, Gr.-Glogau. (Centralbl. f. Chir. 1892. 8.)*

Nachdem in neuester Zeit mehrere Autoren *(Riedel, Urban* und *H. Schmid)* der Excisionsbehandlung des Lupus der Haut energisch das Wort geredet haben, berichtet Verf. über die von ihm erreichten Resultate. *Kramer* hat seit mehr als 20 Jahren in 10 Fällen das Verfahren geübt und bis jetzt in jedem derselben dauernde Heilung an und in der Nähe der Operationsstelle gesehen. Es handelte sich bei den betreffenden, den verschiedensten Altersstufen angehörenden Kranken um Lupus des Gesichtes und Halses, welcher eine Ausdehnung von Zweimarkstück- bis Handtellergrösse hatte, einige Male auch in weiterer Entfernung von dem grösseren Herde noch kleine Knötchen darbot, die selbstverständlich gleichfalls excidirt wurden. In sämmtlichen Fällen wurde, in Narcose, 1 Cm. von der Krankheitsstelle entfernt, dieselbe mit dem Messer wie eine bösartige Neubildung tief bis auf oder in die Musculatur, beziehungsweise den Knochen oder Knorpel umschnitten und sammt dem subcutanen Gewebe vollständig exstirpirt, so dass das Messer nirgends mit dem lupösen Gewebe in Berührung kam. Nach sorgfältiger Blutstillung, theils durch Compression, theils durch Ligaturen, erfolgte in vier Fällen die Naht des Defectes, in drei, wo diese wegen allzugrosser Spannung seiner Ränder nur theilweise möglich war, nach 12 Tagen, nach welcher Zeit die freigelegte Muskelschicht mit Granulationen bedeckt war, in zwei anderen sofort die Transplantation von Hautläppchen nach der *Thiersch*schen Methode und einmal eine plastische Operation. Der Wundverlauf war stets ein aseptischer; in den durch Naht behandelten Fällen resultirte eine mit der Zeit immer weniger bemerkbare, fast lineare, in den anderen eine durch fast normale Hautfarbe ausgezeichnete glatte, auch nicht besonders auffallende oder störende Narbe, in der, wie in jener und ebenso wenig in der Umgebung, seit der 4 Monate bis über 2 Jahre zurückliegenden Operation ein Lupusrecidiv nicht zu sehen ist. Die Wundheilung beanspruchte 1—4 Wochen. Verf. ist sich auch der, für den geübten Operateur allerdings ziemlich weiten Grenzen bewusst, welche das Verfahren

durch eine zu grosse Ausbreitung des Processes, besonders bei Localisation desselben im Gesicht und bei sonst ungünstigem Sitz findet; an den Extremitäten und am Rumpf etc. wird dasselbe jedoch auch bei sehr umfangreicher Erkrankung oft noch ausführbar sein. Je kleiner der Lupusherd ist, desto einfacher gestaltet sich die Operation, desto leichter der Nahtverschluss der Wunde, desto schöner die Narbe. Aber auch bei den nach Excision ausgedehnterer Herde entstehenden grossen Defecten ist man heutzutage Dank der verbesserten Transplantations-, Implantations- und plastischen Methoden in der Lage, relativ gute kosmetische Erfolge zu erzielen. Dass man dauernde Heilung nach der Excision erreichen kann, beweisen die vom Verf. operirten, schon seit längerer Zeit frei von Recidiv gebliebenen Fälle. Kein Verfahren, so auch das beschriebene nicht, wird freilich zu verhüten vermögen, dass die Haut bei den überhaupt zu Hauttuberculose disponirten Kranken gelegentlich wieder an einer anderen Stelle von Lupus befallen werden kann; aber wie uns diese Thatsache bei anderen chirurgischen Localtuberculosen nicht abhält, dieselben zu operiren, so wird sie auch beim Lupus keinen Grund gegen die Excision desselben abgeben. *O. R.*

313. ***Operation der Hypospadie aus dem Scrotum.*** *Von Prof.* ***A. Landerer.*** *(Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXII, pag. 591. — Centralbl. f. Chir. 1892. 9.)*

Die Methode, welche *Landerer* bereits zweimal mit Erfolg erprobt hat, ist der *Rosenberger*'schen Operation der Epispadie, bei welcher der Penis mit Hilfe der Bauchhaut gedeckt wird, nachgebildet. Sie zerfällt in zwei Acte. Beim ersten Acte wird der Penis an das Scrotum genäht. Zu beiden Seiten der Penis-Urethralrinne werden zwei circa 3—4 Mm. breite Streifen bis in's Scrotum hinein angefrischt; die Länge der Anfrischung muss doppelt so gross sein, als die Länge der künftigen Harnröhre betragen soll. Naht. die Eichel natürlich am tiefsten Punkte der scrotalen Anfrischung. Die zweite Operation folgt der ersten nach 6—8 Wochen. Der Penis ist nun aus dem Scrotum herauszuholen und an der Unterseite mit Haut zu decken. Zu dem Zwecke wird der Penis an der Eichel hochgezogen, und nun werden zwei seitliche, circa 4—5 Cm. lange Schnitte von der Harnröhrenöffnung schräg nach dem Scrotum geführt bis in die Dartos. Der hierdurch entstehende rhomboidale Defect wird durch Naht geschlossen. Man bekommt einen relativ stattlichen Penis mit deutlicher Tendenz nach oben.

314. ***Fall von Gangrän des Schenkels nach Gesichtserysipel.*** *Von Dr.* ***Schmit.*** *(Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. T. XVII. — Centralbl. f. Chir. 1892. 8.)*

Sechs Tage nach dem Auftreten eines zunächst typisch verlaufenden Gesichtserysipels erkrankte der Patient S., ein junger Soldat, an heftigen, schwer stillbaren Diarrhoen; nach weiteren drei Tagen traten, anscheinend ohne Ursache, lebhafte Schmerzen im rechten Unterschenkel, Ameisenkriechen, Muskelkrämpfe auf, und nach abermals zwei Tagen war das Bein bis zum oberen Drittel des Unterschenkels brandig. Die Auscultation des Herzens liess in der Höhe der Aortenklappe ein lautes systolisches Geräusch hören. Bei der noch unterhalb des Kniees vorgenommenen Ampu-

tation fand sich die Aorta poplitea durch ein 3 Cm. langes Blutgerinnsel verstopft. Der weitere Verlauf wurde noch durch partiellen Lappenbrand und eine doppelseitige Pleuropneumonie complicirt; doch genas der Kranke schliesslich noch. Ob der Brand durch eine von der Endocarditis herstammende Embolie der Arteria poplitea veranlasst wurde, oder ob sich der Thrombus in Folge einer septischen Endarteritis bildete, muss unentschieden bleiben.

315. ***Gelenkaffectionen bei Gliomatosis des Rückenmarkes (Syringomyelie).*** *Von* ***N. A. Ssokolów.*** *Aus der chirurgischen Abtheilung des klinischen Institutes der Grossfürstin Helene Pawlowna. (Wratsch. 1891. 23—25. — Centralbl. f. Chir. 1891. 39.)*

Nach einem kurzen Referat über die Frage der Syringomyelie — in specie die neueren Arbeiten, welche diese Krankheit auffassen als bedingt durch Neubildung von gliomähnlichem Gewebe in der grauen Substanz des Rückenmarkes mit häufigem, doch nicht nothwendigen secundärem Zerfall desselben — berichtet Verf. über 20 meist nur kurz beschriebene Fälle von complicirenden Gelenkaffectionen aus der einschlägigen Literatur. Des Weiteren theilt er dann drei von ihm selbst eingehend beobachtete Fälle dieser Art mit. Seine Resultate fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Bei der Gliomatosis des Rückenmarkes (Syringomyelie) werden sehr häufig Gelenkaffectionen beobachtet. — 2. Im Gegensatz zu den tabischen entwickeln sich dieselben vorzugsweise an den oberen Extremitäten. — 3. Der Verlauf der gliomatösen Arthropathien ist gleich dem des ihnen zu Grunde liegenden spinalen Processes ein äusserst langwieriger und nimmt in ausgeprägten Fällen den Charakter einer deformirenden Gelenkaffection an. — 4. Kennzeichnend für dieselben, wie auch für die tabischen Arthropathien, ist die mehr oder weniger vollständige Analgesie. — 5. Die Diagnose ist auf Grund des anatomischen Charakters und des klinischen Verlaufes leicht zu stellen. — Die Eigenthümlichkeiten des Krankheitsprocesses bedingen für die Frühstadien eine Behandlung durch Immobilisation des erkrankten Gelenkes und für weiter vorgeschrittene und stark ausgeprägte Fälle entsprechende operative Eingriffe.

316. ***Ueber ein neues Stypticum und über die Möglichkeit, die Gerinnung des Blutes in den Gefässen in Fällen von Hämophilie, Aneurysmen und interner Hämorrhagie zu steigern.*** *Von* ***Wright.*** *(Brit. med. Journ. 1891. 1616. — Centralbl. f. Chir. 1892. 7.)*

Die Thatsache, dass wichtige Beobachtungen auf physiologischem Gebiete in die praktische Medicin nur schwer Eingang finden, wird dadurch erwiesen, dass von chirurgischer Seite von der vorzüglichen styptischen Wirkung des Fibrinfermentes noch keinerlei Gebrauch gemacht worden ist. Verf. weist auf die Beobachtung hin, dass die Wirkung des Fibrinfermentes durch die Beimischung von Kalksalzen noch wesentlich gesteigert werden könne. Er empfiehlt als Stypticum eine Fibrinfermentlösung, der 1 Procent Chlorcalcium beigesetzt ist. Diese Lösung erweist sich als weitaus wirksamer als Acid. tannicum, Alkohol, Glühhitze, und übt ihre Wirkung in jedem Gewebe aus, macht keine Schorfe und keine reactive Entzündung. Verf. konnte einem Hunde, dem alle

Venen des Gesichtes und Halses durchgeschnitten waren, mit Ausnahme der Vena jug. comm., die Blutung stillen ohne eine einzige Unterbindung. Bei einer Ratte konnte er beide Jugular-, beide Axillarvenen durchschneiden, die Leber und einzelne Mesenterialarterien, ohne das Thier an Blutung zu verlieren. Das Stypticum bewirkt eine bedeutende Beschleunigung des Gerinnungsprocesses, sowohl des arteriellen wie des venösen Blutes. Gewonnen wird das Fibrinferment am besten aus dem Blute der Herbivoren, ganz besonders aus dem Rinderblute, welches am reichsten an Fibrinferment ist. (Das Specielle der Gewinnung ist im Original nachzusehen.) *Jesset* hat mit diesem Stypticum praktische Versuche gemacht, nachdem vorher erwiesen worden war, dass selbst die Injection von 20 Ccm. in die Gefässe keine intravasculäre Gerinnung hervorgerufen. Leider werden über diese Versuche vom Verf. keine ausführlichen Mittheilungen gemacht. Vielmehr bewegen sich seine weiteren Ausführungen dahin, dass schon die Kalksalze allein, ohne Fibrinferment, eine sehr wesentliche, die Gerinnung beschleunigende Einwirkung haben. Er empfiehlt daher ihre Verwendung sowohl per os als per injectionem bei allen inneren Blutungen, namentlich nach Typhus, bei Blutungen nach der Entbindung (4 Drachmen auf eine Pinte Wasser). Als Cur empfiehlt er den Gebrauch von Kalksalzen bei Hämophilen, zumal dort, wo bei Pat. blutige Operationen gemacht werden sollen. Bemerkenswerth dabei ist nur, dass die Kalksalze rasch wieder im Urin ausgeschieden werden.

317. ***Zur Coxitisbehandlung.*** *Von Dr. L. Ferria, Assistent. Aus der chirurgischen Abtheilung des Dr. A. Caponotto im St. Johannes-Hospital zu Turin. (Centralbl. f. Chir. 1892. 6.)*

Bei der Behandlung der Gelenktuberculose mittelst Jodoformeinspritzungen liefert das Hüftgelenk nicht so befriedigende Ergebnisse wie die anderen, besonders wie das Knie- und Handgelenk. Die Punction selbst gelingt nicht immer leicht, wenigstens wenn nach den ersten Einspritzungen die Höhle sich durch die narbige Schrumpfung verkleinert hat; und die örtlichen anatomischen Verhältnisse sind nicht sehr geeignet, um eine regelmässige Vertheilung der Flüssigkeit überall zu ermöglichen. Es sah sich daher Dr. *Caponotto* veranlasst, bei Coxitis sich mit einer beschränkten Resection des Schenkelkopfes den Weg zu verschaffen, damit das antituberculöse Heilmittel am sichersten zur Gelenkhöhle gelangen und daselbst eine intensivere Wirkung auf die Knochen und die Synovialis entfalten könnte; die Beseitigung der erkrankten Gewebe war nur in zweiter Linie, und wo sie gelegen erschien, beabsichtigt. Das Verfahren, welches die erwünschten Erfolge erzielte, ist folgendes: Man führt eine 6—8 Cm. lange, geradlinige Incision durch die Haut und Muskeln von der Spitze des Trochanter major nach der Spina iliaca posterior und spaltet die Kapsel in der Längsrichtung des Schenkelhalses bis zum Limbus cartilagineus; nachdem der Kopf mit passender Bewegung des Beines aus der Pfanne hervorgedrängt ist, wird er mit dem Hammer und Meissel, sei er krank oder gesund, grösstentheils abgetragen, so dass ein gewisser Raum zwischen den Gelenkenden hergestellt bleibt. Sind die etwa vorhandenen Ergüsse herausgeflossen, so entfernt man mit einem Gazestücke oder mit einem Löffel die unter die Augen

fallenden Granulationen, die caseösen Herde, die Sequester etc., ohne jedoch eine gründliche Beseitigung alles Kranken zu besorgen. Nach der Blutstillung giesst man eine frisch bereitete 10procentige Jodoformglycerinaufschwemmung in die Wunde hinein, bis sie ganz angefüllt ist und vereinigt die getrennten Theile exact darüber. Paraarticuläre Abscesse werden durch die bestehende Wunde oder durch entsprechende Schnitte entleert und womöglich ausgerieben oder ganz einfach mit dem Troicart punctirt und injicirt. Leichter Verband in guter Stellung: Gewichtsextension wurde immer (ausnahmsweise vorübergehend in einem Falle) unterlassen, da sich keine besonderen Indicationen einstellten, doch waren die Endresultate, auch vom orthopädischen Standpunkte aus, befriedigend genug.

318. ***Amputation des Uterus wegen puerperaler Peritonitis mit glücklichem Ausgange.*** *Von* ***A. Lapthorn Smith.*** *(Amer. Journ. of Obstetr. 1892, Januar-Heft, pag. 43.)*

Bei einer 35jährigen Zweitgeschwängerten, deren Geburtsverlauf ein sehr schwieriger und langer war, ging die Placenta nicht ab, trotz angewandter äusserer Hilfen. Da die Entbundene ungemein anämisch und erschöpft war, traute sich *A Lapthorn Smith* nicht, zu narcotisiren und die Placenta manual zu entfernen. Er beschloss nach *Winckel* 12 Stunden zu warten und dann einzugreifen. Als er sich entfernt hatte, ging die Hebamme daran, die Placenta manual zu entfernen. Als er wieder kam, wurde ihm die entfernte Placenta gezeigt. Da er sah, dass dieselbe nicht complet war, so ging er mit der Hand ein, um die zurückgebliebenen Reste manual zu entfernen. Er entfernte noch einige Hände voll zurückgebliebener Theile, fand aber eine ausgesprochene Placenta accreta und konnte nicht alle zurückgebliebenen Partien eliminiren. 40 Stunden post partum erkrankte die Frau unter einem Schüttelfroste, heftigen Schmerzen im Unterleibe und einer Temperatur von 40°, kurz unter dem Bilde einer beginnenden allgemeinen Peritonitis. Sein Gedankengang war nun folgender: Eine puerperale septische Peritonitis kann dies nicht sein, weil diese erst am 6.—9. Tage post partum auftritt. Da die Frau einige Tage ante partum fieberte und heftige Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend hatte, so muss eine Pyosalpinx da sein, die geborsten ist, ergo ist die Laparotomie angezeigt. Ginge die septische Erkrankung von den zurückgebliebenen Placentaresten aus, so wäre der Uterus zu curettiren. Diese Annahme ist aber auszuschliessen. Gesagt, gethan, nahm *A. Lapthorn Smith* die Laparotomie vor. Er fand die Därme aufgebläht, injicirt, das Peritoneum nicht ergriffen. Vergebens suchte er nach einem Pyosalpinx. Auf dies hin entschloss er sich, nun einsehend, dass die septische Erkrankung vom Uterus ausgehe, diesen supravaginal in der Cervix zu amputiren. Er that dies mit gleichzeitiger extraperitonealer Stielversorgung. Die Kranke genas. Wenn *A. Lapthorn Smith* auch behauptet, dass sein Verfahren ein gerechtfertigtes war, ja sogar, dass die Uterusamputation direct indicirt war, so wird man ihm nach unseren Ansichten keinesfalls zustimmen, wenn er auch sagt, dass der Uterus die Zeichen einer septischen Infection zeigte und die Placentareste der Wand sehr innig anhafteten. *Kleinwächter.*

Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

319. ***Ueber die Sphincterolysis anterior, eine neue Operationsmethode des Prof. Schulek.*** *Von Dr. Emil Grósz. Vortrag in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest vom 30. Januar 1892. (Pest. med.-chir. Presse. 1892. 6.)*

Narben der Cornea, in die die Iris eingewachsen ist, verursachen schlechtes Sehen und können nachträglich das ganze Gesicht zu Grunde richten (Glaucom, Iridochoroiditis suppurativa). Die Iridectomie behebt diese Uebelstände nur theilweise, da die Iris weiter eingewachsen bleibt. Viel vortheilhafter ist die neue Methode *Schulek's:* Nach Anästhesirung des Auges und durch Pilocarpin hervorgerufene Pupillenenge wird ein schmales *Gräfe*-Messer in der Nähe der Corneanarbe in die vordere Kammer eingestochen, der eingewachsene Iriszipfel brückenartig umgangen und die Messerspitze bei der anderen Narbengrenze durchgestossen. So gelangt die Iris vor das Messer. Nun schneidet man mit sägenden Bewegungen in der Narbe einen Lappen; zieht sich die Iris schon während dieser Bewegungen zurück, ergänzt man gar nicht den Schnitt zu einem Lappen, sondern lässt eine Brücke zurück. Nach der Operation Atropin. Die Vortheile dieser neuen Methode sind: das Sehen leidet nicht, da sich das Messer im Narbengewebe bewegt; die Iris gelangt sicher vor's Messer, und die Beschädigung der Linse wird durch die Contrapunction vermieden. *Grósz* stellt gleichzeitig zwei geheilte Patienten vor.

320. ***Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Larynxtuberculose.*** *Von Prof. Dr. Stoerk. (Wien. med. Wochenschr. 1892. 3 u. 4.)*

Verf. hebt zunächst das Verdienst von *Krause* und *Heryng* hervor, welche als die Ersten es unternommen haben, die tuberculösen Granulationen auszuschaben, um dann auf die so gewonnene gesunde Unterlage ihre Medication einwirken zu lassen. Doch hat Verf. die von Anderen berichteten glänzenden Erfolge nach Anwendung der Curette mit nachfolgender Application der Medicamente nicht beobachtet. Bei consequent durchgeführten Einblasungen von Jodol oder Jodoform auf tuberculöse Flächen im Kehlkopf erweichen tuberculöse Schwielen und Granulationen, die früher Knorpelhärte zeigten, man sieht tiefe Geschwüre, Granulationsbildung, also eine gewisse vitale Reaction, doch müssen auch diese Granulationen wieder durch Messer und Schabeisen entfernt werden. Während man aber bei der Jodol- und Jodoforminsufflation den Kranken sicher nicht schädigt, ist dies bei der Milchsäureätzung leicht der Fall. Bei derselben müssen die dem Schlunde zugekehrten Theile der Schleimhaut, das sind die Ueberzüge der beiden Giessbeckenknorpel, der obere Theil des Ringknorpels intact erhalten werden, weil sonst Schlingbeschwerden eintreten. Da man nun bei intensiver Anwendung der Milchsäure es nicht verhindern kann, dass etwas von derselben an die hintere Fläche des Larynx gelangt, so entstehen daselbst Wundflächen, die die Deglutition schmerzhaft machen. Eine Hauptbedingung bei der Behandlung der Tuberculose ist die Hebung des Allgemeinbefindens, denn dieselbe

ist nur bei guten Ernährungsverhältnissen des Kranken zu erzielen. Verf. schreitet nur dann zu einer localen Therapie bei Kehlkopftuberculose, wenn der Ernährungszustand des Patienten ein günstiger ist. Im Anschluss theilt Verf. einen höchst interessanten Fall von localer Therapie der Kehlkopftuberculose mit. Der 37 Jahre alte wohlgenährte Patient erkrankte 1885 unter Heiserkeit und Hämoptoe. 1886 zeigten sich bei Spiegeluntersuchung Granulationen am linken Stimmbande. 1887 sah Verf. den Patienten wieder, die Stimme tonlos, der Kehldeckel mit Granulationen besetzt. Milchsäureätzungen; der Versuch, die Granulationen mit Acid. nitricum, dann mit Acid. chromicum zu zerstören, fiel negativ aus. Im Sputum fanden sich Tuberkelbacillen. Der Kehlkopfbefund am 12. April 1888 ergab die Epiglottis mit knotigen Wucherungen bedeckt, vom Larynxinneren war nichts zu unterscheiden, ausser den Arytaenoideis, das Uebrige besteht aus einem Conglomerat von harten Höckern, für die Respiration war ein kaum rabenfederkieldickes Lumen vorhanden. Zum Behufe der zwei Tage später vorgenommenen Operation liess sich Verf. eine scharfe Zange anfertigen mit löffelartigen scharfen Branchen, die Löffel hatten die Breite der halben Stimmbandlänge. Zur sofortigen Tracheotomie vorbereitet, ging Verf. am 14. April zur Operation. Mit dem früher erwähnten Instrumente holte er 8 Stücke aus dem Larynxinnern, die zusammen mehr als die Grösse einer Walnuss hatten. In der Folge machte Verf. durch Monate hindurch kleinere operative Eingriffe, um die Stimmbänder auf Grund der Phonationsbewegungen zu reconstruiren. Nach einem Jahre war es gelungen, dem Patienten wieder mit tönender Stimme sprechen zu machen, nur war Patient einem häufigen Wechsel der Stimmlage unterworfen, was Verf. daraus erklärt, dass der Patient in Folge der jahrelangen Aphonie die zur entsprechenden Spannung der Stimmbänder und Stimmbandmuskeln nöthige Abschätzung der Innervation verloren hatte. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpirten Stücke ergab reticulirte Tuberkel mit zahlreichen epitheloiden Zellen und Riesenzellen, sowie Tuberkelbacillen.

321. ***Verhalten bei Vorhandensein eines Fremdkörpers in den oberen Luftwegen.*** *Von Dr. **Schwartz.** (Revue gén. de clinique et de thér. und Revue de laryngol. 1891. 10. — Centralbl. f. Ohrenhlk. 1892. 2.)*

Bei Erstickungserscheinungen natürlich gleich operiren; man soll die tiefe Tracheotomie ausführen; dann folgt die jedem speciellen Falle anzupassende Behandlung. Sind keine Erstickungserscheinungen eingetreten, so soll man die gewöhnlichen Mobilisations- und Extractionsversuche machen, aber nur, wenn man Alles zur Tracheotomie vorbereitet hat, da letztere jeden Augenblick nöthig erscheinen kann. Will man Extractionsversuche machen, so soll man selbe nicht blindlings, sondern nur mittelst Spiegel bei genau festgestellter Lage des Fremdkörpers ohne Gewalt machen; der Pharynx, nicht aber der Larynx soll cocainisirt werden. Befindet sich der Fremdkörper in einer solchen Lage, dass er nicht per vias naturales entfernt werden kann, so mache man die Tracheotomie, die Laryngotracheotomie oder die Laryngotomie je nach Bedürfniss. Befindet sich der Fremdkörper in der Trachea oder tiefer, so soll

immer die Tracheotomie ausgeführt werden, die Trachealränder sollen auseinander gehalten werden, der Körper soll der Natur überlassen oder mittelst Instrumenten extrahirt werden.

322. ***Fremdkörper im Oesophagus bei Kindern.*** *Von Dr.* **Polikier.** *(Revue mens. des malad. de l'enfance. — Berlin. klin. Wochenschr. 1891. 39.)*

Verf. beschreibt folgendes Verfahren, durch welches es ihm einige Male bei Kindern gelungen ist, verschluckte und im Oesophagus stecken gebliebene Münzen, die mit dem Finger nicht mehr erreichbar waren, zu entfernen: Man dringt in den Raum zwischen Trachea und linkem Sternocleidomastoideus mit dem Finger so tief als möglich ein; trotz der tiefen Lage des Oesophagus gelingt es bisweilen hier, den Fremdkörper zu fühlen und ihn mit dem Finger, immer hart an der Trachea bleibend, nach oben zu dirigiren. Ist er in die Gegend der Cartilago cricoidea angelangt, so versucht man durch Kitzeln des Zäpfchens Erbrechen zu erregen, während man gleichzeitig von aussen her den Fremdkörper durch reibende oder knetende Bewegungen weiter nach oben und ein wenig nach hinten schiebt. Bei den nun entstehenden Brechbewegungen wird dann der Körper herausgeschleudert.

323. ***Kann die Eröffnung des Warzenfortsatzes vom äusseren Gehörgang aus als gleichwerthig mit der sonst üblichen Methode betrachtet werden?*** *Von Dr.* **Hessler.** *(Arch. f. Ohrenhlk. Bd. XXXI. Heft 1. — Monatsschr. f. Ohrenhlk. 1892. 2.)*

Hessler sieht in der Combination der Trepanationsmethoden von *Schwartze* und *v. Bergmann* diejenige Methode, die allen Anforderungen der Ohrenärzte und Chirurgen entspricht: Knochenaffection und Ohreneiterung rasch und definitiv zu heilen, die alles Krankhafte, wo es sich findet, entfernt und ohne Gefahr für den Gesichtsnerv, die halbzirkelförmigen Canäle und das Gehirn ist. Man beginne jede Aufmeisselung nach der Methode von *Schwartze*, bei welcher von der Aussenfläche des Warzenfortsatzes gegen das Antrum hin gemeisselt wird, und begnüge sich damit, wenn die Caries auf Warzenfortsatz und Antrum beschränkt ist. Erstreckt sie sich weiter nach vorn zwischen die Lamellen der Schuppe, so müsse nach *v. Bergmann* subperiostal die Corticalis daselbst weggenommen und direct in die Tiefe des Mittelohres mit dem Meissel vorgedrungen werden. In das eröffnete Antrum schiebt *Hessler* Jodoformgazetampons, wodurch erstens die Blutung aus der Paukenhöhle steht, die sonst das Operationsterrain deckt, und zweitens das Einmeisseln auf dieselbe ruhig geschehen kann, da durch die Tampons das Labyrinth genügend geschützt ist. Je sicherer andernfalls die Diagnose ist: „Circumscripte Caries in der Schuppe über dem Gehörgange", desto mehr eignet sich für diesen Fall die Methode nach *v. Bergmann.* Die Schwierigkeiten dieser radicalen Operation sind bei der bedenklichen Nähe der Labyrinthwand und des Gehirns grosse, besonders bei sclerosirtem Warzenfortsatz. Von 54 Patienten, bei denen *Hessler* die combinirte Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Mittelohres ausführte (in 6 Fällen beiderseits), sind 42 vollständig geheilt, 6 theils ungeheilt, theils noch in Behandlung, 1 aus der Behandlung fortgeblieben und 5 gestorben.

Dermatologie und Syphilis.

324. ***Ueber Prophylaxe und Behandlung des Herpes tonsurans.*** *Von Quinquaud. (Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1892, pag. 325.)*

Zur Prophylaxe des Herpes tonsurans empfiehlt *Quinquaud* Kurzhalten des Haares bei Schulkindern, häufige Kopfwaschungen mit warmem Wasser, Ausschliessen der erkrankten Kinder vom Schulbesuche oder, wo thunlich, deren Isolirung, Desinfection ihrer Kleider und Geräthe durch Hitze, da Sporen und Mycel des Trichophyton tonsurans schon bei 50—60° C. abgetödtet werden. Frische leichte Fälle von Trichophytie ohne Eindringen des Pilzes in die Haarfollikel können allerdings durch häufige Waschungen mit Seife auch spontan zur Heilung gebracht werden. Bei Herpes circinatus an Stellen mit schütterem Haarwuchs genügen Einreibungen mit 2 Procent Chrysarobinsalbe. Herpes tonsurans im lichenoiden Stadium mit Pilzinvasion der Follikel behandelt *Quinquaud* in folgender Weise: Die Haare werden sehr kurz geschoren, die rundlichen, mit Schuppen und Sporen bedeckten Plaques abgeschabt und hierdurch eine nützliche oberflächliche Entzündung bewirkt. Nach der Schabung erfolgt gründliche Reinigung des Kopfes mit Seife und Wasser. Die Schabungen werden mehrere Male mit 5—8tägigen freien Zwischenpausen wiederholt und während der letzteren zweimal täglich Waschungen mit einer Lösung von 0·2 Quecksilberbijodür und 1·0 Quecksilberbichlorür in 40·0 Alkohol und 250·0 Wasser vorgenommen. Am 5. oder 6. Tage nach der Schabung und den Waschungen wird der behaarte Theil des Kopfes mit Vaselin 100, Chrysophan-, Salicyl- und Borsäure ana 2 eingerieben und mit einer Gummi- oder Leinenkappe gedeckt, nach 24 Stunden die Einreibung wiederholt und nach weiteren 24 Stunden von Neuem vier Tage hindurch mit Seife und der Quecksilberlösung gewaschen. Hierauf folgen wieder die beiden Salbeneinreibungen und so fort alternirend während 20—25 Tage. Jetzt kann, da die Haare nachgewachsen und nicht mehr so gebrechlich sind, die Epilation vorgenommen werden, die ebenfalls zu wiederholen ist. Die ganze Behandlung umfasst in der Regel zwei oder drei Abschabungen und zwei Epilationen und führte im Hôpital Saint-Louis zu vorzüglichen Resultaten.

325. ***Fall von spontaner Gangrän am linken Vorderarm.*** *Demonstrirt von H. Hebra. Verhandl. d. Wien. dermatol. Gesellsch. im J. 1891. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 337.)*

Das von *Hebra* vorgestellte Mädchen hat sich vor 10 Monaten mit siedendem Wasser den linken Vorderarm in seinem unteren Drittheil an einer flachhandgrossen Stelle verbrannt. Wegen dieser Verbrennung stand sie an Prof. *Kaposi's* Klinik in Behandlung und entwickelte sich unter dieser die jetzt sichtbare, die Weichtheile etwas constringirende Narbe. Plötzlich traten vor 14 Tagen ohne jedwede dem Mädchen bekannte Veranlassung an drei Stellen der Beuge und an einer Stelle der Streckseite desselben Vorderarmes röthliche Flecke auf. Diesen Flecken entsprechend wurde die Haut dann plötzlich gangränös. Der Fall entspricht vollständig dem Fall, welchen *Neumann* zuerst beschrieben. In ätiologischer Be-

ziehung wäre vielleicht zu erwägen, ob sich nicht vielleicht durch die grosse, in Folge der Verbrennung entstandene Narbe eine Neuritis ascendens entwickelt habe, welche die Veranlassung zur Spontangangrän gab. *Neumann* erwidert: Bei der Kranken, welche er mit spontaner Gangrän vorgestellt hatte, wurde zunächst vermuthet, dass die betreffende Person sich künstlich Schorfe erzeuge. Er und mehrere Collegen überwachten nun die Kranke genau; dieselbe gab nun an, dass in einiger Zeit, an irgend einer Hautstelle, an welcher sie Stechen verspürte, ein rother Fleck entstehen werde und eine halbe Stunde, nachdem dieser Fleck sichtbar geworden war, wurde die besprochene Stelle der Haut necrotisch. Aus den betreffenden Stellen floss eine Flüssigkeit, welche der Flüssigkeit, die aus Eczemblasen herausfliesst, ähnlich war. Bei dieser Person war die Hautgangrän sowohl am Vorderarm, als an der Brust symmetrisch aufgetreten. Seit jener Zeit sind bei diesem Mädchen keine weiteren Erscheinungen von Gangrän zur Beobachtung gekommen.

326. ***Ueber Injection löslicher Quecksilbersalze.*** *Von* ***Lukasiewicz.*** *Verhandl. d. Wien. dermatol. Gesellsch. im J. 1891. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892, pag. 333.)*

Von der Voraussetzung ausgehend, dass grössere Mengen löslicher Quecksilbersalze intensiver wirken und keine grosse Gefahr einer Quecksilberintoxication wegen der raschen Ausscheidung der löslichen Präparate bestünde, machte *Lukasiewicz* Einspritzungen einer drei- und später einer fünfprocentigen Sublimatlösung. *Lassar* hatte 2proc. Sublimatlösungen, *Schwimmer* 8proc. Sozojodolquecksilberinjectionen empfohlen. *Lukasiewicz* hat alle Injectionen intramusculär ausgeführt. Der Harn des Kranken wurde vor der ersten Injection untersucht und in Betreff der Ausscheidung des Quecksilbers der Harn des betreffenden Kranken systematisch geprüft, *Lukasiewicz* führt eine Reihe von Kranken, welche nach dieser Methode an Prof. *Kaposi's* Klinik in jüngster Zeit behandelt wurden, vor und hat sich nicht nur in leichteren Formen der Syphilis, sondern auch bei hartnäckigeren (Psoriasis palmaris) und schwereren (Gummata) in der Regel schon nach einer Einspritzung wesentliche Besserung geltend gemacht. In der Regel sah man schon nach der ersten Einspritzung nach drei Tagen eine auffällige Rückbildung der Initialsclerose und der geschwollenen Drüsen. In einem Falle waren acht Sozojodolquecksilberinjectionen wegen eines gummösen Syphilids ohne wesentlichen Erfolg angewendet worden. Nach einer 14 Tage dauernden Behandlungspause wurde zu den 5proc. Sublimatinjectionen gegriffen. Nach der ersten 5proc. Sublimatinjection begann die nun rasch erfolgende Heilung. Nur in einem Falle war schon nach der ersten Injection Stomatitis und Salivation aufgetreten. Diarrhoe wurde nie beobachtet. Die Methode wurde noch zu kurze Zeit geübt, um sich über Häufigkeit der Recidive und ähnliche Momente ein Urtheil bilden zu können. In der darauf folgenden Discussion bemerkt *Kaposi*: Die Versuche mit der von *Lukasiewicz* geschilderten Behandlungsmethode waren mit dem Gedanken unternommen worden, die Injectionen so selten als möglich ausführen zu müssen bei Vermeidung der mit den unlöslichen Präparaten gegebenen Gefahren. *Finger* meint, dass diese Injectionen

eine Brücke zwischen den Injectionen mit unlöslichen und löslichen Quecksilberpräparaten bilden dürfen. Er meint, bei dem Umstande, dass die Injectionen intramusculär gemacht wurden, bilde sich zunächst ein unlösliches Hg-Albuminat, welches allmälig in den Organismus aufgenommen wird, wobei er ein besonderes Gewicht auf die intramusculäre Injection legt.

327. ***Die Abortivbehandlung des Erysipels.*** *Von Dr. N. Amici. (Gaz. degli ospitali. 1890. 85. — Centralbl. f. klin. Med. 1891. 39.)*

Im Jahre 1885 empfahl Verf. die Anwendung einer Mischung von Carbolsäure und Alkohol zu gleichen Theilen behufs abortiver Bekämpfung des Erysipels; die Flüssigkeit sollte auf die kranken Hautstellen alle zwei Stunden aufgepinselt werden, und zwar nicht nur auf die vom sichtbaren Erysipel ergriffenen Stellen, sondern vor Allem auf die gegen Fingerdruck empfindlichen Nachbargebiete, in welchen, bei äusserlich normaler Beschaffenheit, das Erysipel noch latent ist. Insofern andere Aerzte letztere Bedingung nicht erfüllten, blieb der Erfolg in vielen Fällen aus. Verf. selbst hat sich nach wie vor von der Wirksamkeit seiner Abortivcur überzeugt. Bei zarter empfindlicher Haut wendet er heute, statt der oben genannten Mischung, eine aus gleichen Theilen Carbolsäure und Glycerin zusammengesetzte an; diese verursacht selbst Kindern keinen Schmerz und erzeugt nicht die nachbleibende Röthung der Haut, wie sie nach Gebrauch der alkoholischen Lösung sich einstellt. Nothwendig sei es auch bei dieser äusseren Anwendung der Carbolsäure, stets auf das Auftreten des „Carbolurins“ zu achten. Bei Kranken, welchen der Carbolgeruch unausstehlich ist, wendet Verf. Pinselungen mit einer 1procentigen Sublimat-Glycerinlösung an, die sich ihm auch in der Behandlung der Lymphangoitis hilfreich erwies. Mercurialstomatitis hat er bei stetiger Aufmerksamkeit nie bei jener Application gesehen. Verf. betont, dass es auf die Wahl des Antisepticums weniger ankomme, als darauf, das Medicament gegen das latente Erysipel wirken zu lassen.

Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

328. ***Die functionelle Asymmetrie des Facialis.*** *Von Onanoff. (Gaz. méd. de Paris. 1892. 9. Januar.)*

Verf. theilte in der Société de Biologie eine grössere Arbeit über obigen Vorwurf mit, aus welcher wir nur einige wichtigere Momente entnehmen wollen. Die auffallendste Erscheinung ist die Fähigkeit des Lidschlusses auf einer Seite, ohne dass die andere afficirte Stelle dasselbe zu leisten im Stande wäre. Manche können nur das rechte, andere nur das linke Lid schliessen. Die einseitigen Muskelbewegungen der nicht allein schlussfähigen Facialseite sind nicht deutlich ausgeprägt. Ohne den Anschein einer Facialparalyse sind die Gesichtsfalten nicht hervortretend. Nach vielen Untersuchungen ist als Ursache dieser auffallenden Erscheinungen das Sehen selbst angenommen worden. Man fand constant eine Abnahme des Sehvermögens der entsprechenden Gegenseite. Die Augenaffection

(Cataracta etc.) ist primär, die asymmetrische Motilität auf der anderen Seite secundär. Die Erklärung für diese Erscheinung ist in dem vorwiegenden Gebrauch des gesunden Auges mit dem entsprechenden Muskelapparat zu suchen. Bei Tabetikern hat dieses Verhalten einen differentialdiagnostischen Werth.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

329. ***Das Verhalten der Gallenfarbstoffe in den Fäces Gesunder und Kranker bei Anstellung der Gmelin'schen Probe.*** *Von J. Rosenthal. (Deutsch. med. Wochenschr. 1891. 32. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 7.)*

Verf. studirte das Vorkommen unzersetzter Galle in den Fäces mittelst *Gmelin's* Probe unter dem Mikroskop. Die Reaction gelang nie mit Entleerungen Gesunder, bei Patienten mit Diarrhöen in Folge acuter oder chronischer Darmleiden erst bei mindestens 5—6 Defäcationen während 24 Stunden in den diese Zahl erreichenden und allen sie überschreitenden Stühlen, die reiswasserartigen ausgenommen. Ebenso ist bei den mit Laxantien erzielten Sedes stark obstipirter oder regelmässig defäcirender Individuen nur die Steigerung der Zahl der Stühle von Belang, erhöhte Peristaltik mithin in allen Fällen massgebend. Die Wirkung verschiedener Abführmittel ist bezüglich des Erfolges der Reaction eine meist gleiche. Liess bei Personen mit normaler Darmerregbarkeit die Wirkung des Purgans auf sich warten, um später doppelt heftig einzutreten, so erschien die Reaction auch bei weniger zahlreichen Entleerungen, wenn die Intervalle zwischen denselben hinreichend kurz, unter 1—2 Stunden, waren und blieb stets wieder nach mehr als vierstündiger Pause aus. Wurden bei Obstipirten nur 4 Stühle in 24 Stunden erzielt, so war die Reaction negativ, gelang aber, wenn nach 1 Tag das Purgans auf's Neue gegeben war, sobald die Zeit zwischen 2 Stühlen unter 4 Stunden betrug. Normale Galle wandelt sich also mindestens in 4 Stunden im Darm in ihre Reductionsproducte um. Vermehrte Darmbewegung bewirkt ferner fast ausnahmslos ein gleichmässiges Vorrücken des Darminhaltes. Ob die durch Abführmittel künstlich gesteigerte Peristaltik auch die Gallensecretion erhöhte, lässt sich nach diesen Versuchen nicht entscheiden.

330. ***Ueber Perforationen des Processus vermiformis und des Cöcums.*** *Von H. Einhorn. Aus dem pathol. Institut zu München. (München. med. Wochenschr. 1891. 7 u. 8.)*

Verf. hat auf Anregung von Prof. *Bollinger* aus einer Summe von über 18.000 Sectionsprotokollen des Münchener pathologischen Institutes (1854—1889) 100 Fälle von Peritonitis nach Perforation des Processus vermiformis und des Cöcums gesammelt. Es wurden alle Perforationen in Folge tuberculöser, typhöser oder dysenterischer Geschwüre ausgeschlossen. Er kam dabei zu folgenden Resultaten: 91 Procent der Perityphlitiden sind Folgen von Erkrankungen des Wurmfortsatzes; primäre Perforationen des Cöcums fanden sich nur in 9 Procent der Fälle im Anschluss an Stenose des Darmlumens. Die Typhlitis und Perityphlitis kommt, entgegen den übereinstimmenden Angaben aller Autoren, in gleicher Häufigkeit bei beiden Geschlechtern vor. Eine Prädisposition besteht nur in höherem Lebensalter, nicht, wie bisher allgemein angenommen

wurde, in der Jugend. Die Ursachen der Perforation bilden nur in den seltensten Fällen Fremdkörper, in den meisten Fällen eingedickte verhärtete Kothpartikelchen. Die Bildung derselben wird begünstigt sowohl durch Gestalt und Lageveränderungen des Processus vermiformis, als durch Erkrankungen seiner Schleim- und Muskelhaut. Die letzteren sind nicht selten bedingt durch fehlerhafte Zusammensetzung der Nahrung (Vegetabilien). Eine weitere häufige Ursache für die Typhlitis und Perityphlitis bilden Traumen.

Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

331. ***Untersuchungen über das Verhalten der Typhusbacillen im Boden.*** *Von Dr. Justyn Karlinski, Konjica, Herzegowina. (Arch. f. Hygiene. 1891.)*

Verf. gelangt auf Grund sorgfältiger Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: 1. Die längste Lebensdauer der Typhusbacillen im Boden beträgt 3 Monate. 2. Die Lebensdauer der Typhusbacillen, die mit typhösem Kothe in die Erde eingeführt wurden und dort unter natürlichen Verhältnissen belassen worden sind, ist wesentlich kürzer als die der Blutbacillen, die in Reincultur-aufschwemmung derselben Erde beigefügt wurden, was wohl der Thätigkeit der gleichzeitig zugesetzten Kothbacterien zuzuschreiben wäre. 3. In den tieferen Bodenschichten vermögen die Typhusbacillen den wechselnden Einflüssen der Temperatur, der Feuchtigkeit und Thätigkeit der Bodenmikroorganismen Trotz zu bieten. 4. Auf der Oberfläche der Erde, der Befeuchtung und der Sonne ausgesetzt, gehen dieselben bald zu Grunde. 5. Die wechselnde, reichliche Befeuchtung, einerlei, ob dieselbe von oben oder von unten die inficirte Bodenschichte trifft, kürzt die Lebensdauer der eingesäeten Typhusbacillen wesentlich. 6. In den Bodenschichten, zu welchen die Pflanzenwurzeln reichen, ist die Lebensdauer eine sehr kurze. 7. Während der Fäulniss der Organe von Typhusleichen kommt es zu einer beträchtlichen Temperatursteigerung. 8. Die Typhusbacillen können in den Organen begrabener Typhusleichen, unter Umständen bei verzögerter Fäulniss, und bei behindertem Zutritt von specifischen Fäulnissorganismen noch nach 3 Monaten nachgewiesen werden.

332. ***Die Krankheiten der Steinkohlenarbeiter.*** *Von P. Fabre, Commentry. (Bull. de l'acad. de méd. 1890, 3, pag. 2. — Schmidt's Jahrb. 1891. 7.)*

Verf. theilt auf Grund seiner in zwanzigjähriger umfangreicher Thätigkeit gewonnenen Erfahrungen die Gewerbekrankheiten der Steinkohlenarbeiter in zwei Classen: in accidentelle und eigentlich gewerbliche. Erstere werden hervorgerufen durch die mannigfachen Unglücksfälle, welche durch Explosionen, schlagende Wetter, unterirdische Ueberschwemmungen, Ausströmungen giftiger Gase, Zerreissen von Fördervorrichtungen, Bergstürze u. dergl. die Arbeiter bedrohen. Hierher gehören auch die bei anderen Erdarbeitern häufigen verschiedenartigen Verwundungen, Quetschungen, Knochenbrüche u. dergl. Die eigentlich gewerblichen Krankheiten

der Arbeiter in den Steinkohlenbergwerken führt Verf. auf folgende fünf wesentliche Schädlichkeiten zurück: 1. Mangel an Sauerstoff; 2. Feuchtigkeit und Nässe; 3. gefährliche und übelriechende Ausdünstungen; 4. die grosse Hitze in gewissen Abtheilungen; 5. den Kohlenstaub. Es erkrankten insbesondere: *a)* die Luftwege durch Bronchitiden, durch „Anthracosis" in Folge des Kohlenstaubes, ferner auch an Emphysem; *b)* die Circulationsorgane in Folge des Mangels an Sauerstoff in der Luft, Anämie; *c)* die Verdauungsorgane an Catarrhen, Diarrhoen u. dergl.; auch deren Erkrankung durch Eingeweidewürmer sei häufig, da leicht in das schlechte Grubenwasser in unrein gehaltenen Gruben die Larven aus den Excrementen der Arbeiter gelangen; *d)* Gelenke und Muskeln erkranken in Folge der Temperaturwechsel leicht rheumatisch, dazu kommen die verschiedenartigsten Neuralgien; *e)* von Sinnesorganen erkrankten besonders oft die Ohren in Folge von Cerumenanhäufung durch den eindringenden Kohlenstaub, die Augen durch Fremdkörper und an Nystagmus. Prophylactisch fordert Verf. folgende, meist gegenwärtig in den Bergwerken seiner Gegend eingeführte Massregeln: Sorgfältige, gründliche, streng überwachte Ventilation, Verwendung von Pferden für das Schieben und Ziehen von Förderwagen, gänzliches Verbot der Frauen- und Kinderarbeit, verbesserte Einfahreinrichtungen. Ref. *Wehmer* knüpft daran die Mahnung: Sorge für gutes Trinkwasser und saubere ausreichende Aborte.

333. ***Gesundheitsschädlichkeit der Seidenindustrie.*** *Von* ***Combassédés****. (Ann. d'hyg. publ. 1890. XXV.)* — ***De la tuberculose chez les ouvriers en soie.*** *Von* ***Givre****. Paris 1890.*

Combassédés bespricht die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter, welche mit den Abfällen der Seide beschäftigt sind. Von solchen Abfällen werden alljährlich 3,000.000 Kgrm. nach Frankreich (aus dem Orient) importirt. Sie sind sehr häufig infectiös und verbreiten auch bei Bearbeitung einen äusserst unangenehmen Geruch. In 1 Cbm. Werkstättenluft befinden sich ausserdem nach Angabe des Verf. nicht weniger als 760,000.000 Staubtheilchen; so stark wird die Reinheit der Luft beeinträchtigt, in der die Arbeiter 12 Stunden täglich sich aufhalten. Sie sind alle anämisch, leiden der überwiegenden Mehrzahl nach an Störungen der Athmungs- und Digestionsorgane und haben eine grosse Mortalität. Er fordert, dass die Abfälle bei der Ankunft in Frankreich desinficirt werden, dass man die Arbeitsstätte ausreichend lüfte, die Emanationen und den Staub absauge, und dass man bessere Wohnungen für die unglücklichen Arbeiter einrichten möge. — Mit dem Vorkommen von Tuberculose bei den Seidenwebern beschäftigt sich eine Schrift *Givre's*; der Verf. tritt in ihr der Ansicht entgegen, dass die Seidenweber in Lyon wesentlich häufiger von jener Krankheit befallen werden als andere Personen. Die allgemeine Schwindsuchtssterblichkeit in Lyon beträgt nach ihm 20·2 Procent, diejenige der Seidenweber 25·1 Procent. Im Uebrigen ist die gesundheitliche Lage der letzteren nur eine mässig gute. Es hängt dies mit dem steten Aufenthalte derselben in Binnenluft und mit ihrer unzureichenden Ernährung zusammen. Tritt bei ihnen Tuberculose auf, so rührt dies davon her, dass gesunde in unmittelbarster Nähe mit schwer erkrankten Arbeitern beschäftigt sind, aus denselben

Schüsseln essen und trinken, oft in demselben Bette schlafen. Bei den Seidenwebern findet man in Folge der steten forcirten Bewegung des rechten Beines eine bemerkenswerthe Umfangszunahme desselben und bei den „Fileuses“ häufig Scoliosis.

Berichte

über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

334. *Ueber Eclampsie.*

Von ***Robert Olshausen.***

(Volkmann's Sammlung klin. Vorträge. Nr. 39. Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1892.)

Angezeigt von ***Prof. Dr. Kisch*** *in Prag-Marienbad.*

Der berühmte gynäkologische Kliniker Berlins, Prof. *R. Olshausen*, gibt in dem vorliegenden Hefte an der Hand von 200 Eclampsiefällen der Berliner Universitäts-Frauenklinik eine präcise Darlegung der von ihm festgestellten klinischen Thatsachen und seiner dadurch gewonnenen Ansicht über Eclampsie. In der klaren, markigen und ruhigen Weise, welche wir an diesem Autor gewohnt sind, frei von jedem polemischen Beiwerk, erörtert er das Vorkommen, die Erscheinungen, die Prognose und Therapie der in Rede stehenden Krankheit. In der ersten Beziehung constatirt der Verf. den auffälligen Umstand, dass die Fälle von Eclampsie sich zu Zeiten häufen, und ergibt sich aus den Tabellen, dass die Häufung der Fälle in der Berliner Frauenklinik vorzugsweise die Monate von October bis Februar betrifft. Es wird ferner die bekannte Erfahrungsthatsache bestätigt, dass die Primiparae das grösste Contingent — bei Verf. 74 Procent — stellen. Ueber das Wesen der Eclampsie spricht sich Verf. folgendermassen aus: Die Krankheit besteht in einer Intoxication, bedingt durch eine in der Regel ziemlich acut behinderte Function der Nieren. Diese letztere rührt in der Mehrzahl der Fälle von einer acuten oder subacuten Veränderung des Nierenparenchyms her, wesentlich des Epithels der Harncanäle. Seltener sind chronische parenchymatöse Nephritis (Morbus Brightii) oder interstitielle Nephritiden Ursache der gestörten Nierensecretion, oder es kommt zur chronischen interstitiellen Nephritis eine acute Fettentartung hinzu, wodurch dann um so leichter eine deletäre Wirkung bedingt werden muss. Ausnahmsweise können ganz andere Veränderungen der Niere die acute Beschränkung der Urinsecretion herbeiführen, z. B. Compression des Ureter und Hydronephrose oder Veränderungen des Nierenparenchyms durch toxische Stoffe (Sublimat, Carbol). Diese letzteren geben der Intoxicationstheorie überhaupt eine weitere Stütze. Hört eine Eclampsie auf, ohne die Schwangerschaft zu unterbrechen, so kommt es bei der später erfolgenden Geburt fast niemals zu nochmaligen Krämpfen. Dass dies von dem Tode der Frucht abhängt, ist noch durchaus unerwiesen.

Für die Prognose der Eclampsie sind in Betracht zu ziehen die Möglichkeit, die Geburt bald zu beendigen, die Zahl der Anfälle und ihre Intensität. Hohe Temperatursteigerung und schlechte Beschaffenheit des Pulses (Kleinheit und grosse Frequenz) sind von schlechtester Bedeutung. In der Mehrzahl der Fälle bleibt die Prognose nicht nur während der Dauer der Anfälle, sondern noch während des Coma eine dubiose. Die Prognose ist für die Kinder noch schlechter als für die Mütter. Die sensu strictiori puerperalen Eclampsien scheinen günstig zu sein, wenn sie in den ersten 1 bis 2 Stunden post partum zum Ausbruch kommen. Die spät ausbrechenden sind besonders ungünstig. Zahlreiche Fälle der Eclampsie kommen vor jeder Geburtsthätigkeit in der Schwangerschaft vor und schätzt Verf. das auf 30, vermuthlich sogar 40 Procent.

Bezüglich der Symptomatologie wird hervorgehoben, dass in einzelnen Fällen (Verf. hat solche drei Fälle beobachtet) dem Ausbruche der ersten Krampfanfälle eine unzweifelhafte Aura vorhergeht oder scheint das Bewusstsein im ersten Beginn des Anfalles noch nicht erloschen zu sein. Das Fehlen der Albuminurie ist ein äusserst seltenes Vorkommen, auch das Fehlen aller Nierenveränderungen bei der Section ist sehr selten. Bei einer einzigen Kranken konnte an den Nieren etwas Pathologisches nicht entdeckt werden. In 22 unter 37 Fällen fanden sich an der Niere die Erscheinungen eines acuten oder subacuten Processes, welcher sich am Parenchym der Nieren abspielte und bald mehr in einer acuten Fettentartung der Epithelien der Rindensubstanz (sogenannte Schwangerschaftsnoxe), selten der Glomeruli, bald in einer tiefergehenden Veränderung des Parenchyms sich documentirte. Von den 200 Eclamptischen, welche der Arbeit des Verf. zu Grunde gelegt sind, starben 50. Von dem tödtlichen Ausgange wurden Erst- und Mehrgebärende in gleichem Masse betroffen. Da fast alle diese Fälle erst nach mehr oder minder langem Bestehen der Eclampsie in die klinische Behandlung eintraten und aus der Poliklinik die leichten Fälle weniger constant in die Klinik überführt werden, so kann bei der hohen Ziffer schwererer Fälle die Mortalitätsziffer als nur mässig gross bezeichnet werden.

Die Therapie der Eclampsie betreffend, bevorzugt Verf. das Morphium in grossen Dosen. Als erste Dosis pflegt der Verf. 0·03 subcutan zu appliciren, und wenn die Anfälle nicht bald sistiren, lässt er eine weitere Dosis nehmen, geht in der Gesammtdosis aber selten über 0·06. Wenn die Beschaffenheit der Pupillen oder des Pulses ein Fortgeben des Morphiums nicht rathsam erscheinen lässt, gibt derselbe bei Fortdauer der Anfälle Chloral zu 2·0 oder 3·0 Grm. in Clysma. Die Chloroformnarcose als vorwiegendes Mittel hält Verf. nur in den ziemlich seltenen Fällen am Platze, in welchen die Wiederkehr der Anfälle in ziemlich regelmässigen Pausen erfolgt Von Diaphoreticis, Brompräparaten, Einwicklungen und Bädern macht er während der Dauer der Eclampsie keinen Gebrauch, scheut überhaupt alles unnöthige Hantiren mit der Kranken, weil gar zu oft dadurch Krampfanfälle ausgelöst werden. Wenn im tiefen Coma Erstickung droht, soll der Oberkörper der Kranken unter tiefer Senkung des

Kopfes zum Bette herausgebogen werden, wodurch sich oft ganz colossale Mengen Schleimes entleeren, worauf die Respiration freier wird und die Cyanose nachlässt. Man kann, nach Verf., auch mit Wattepinseln oder kleinen Schwämmen, deren man Dutzende nacheinander einführt, den Schleim aus dem Schlunde entfernen und das gleiche Resultat erreichen. Gerade aus Rücksicht auf solche Manipulationen hält der Verf. eine beständige ärztliche Ueberwachung der Kranken für nothwendig. Bezüglich der operativen Eingriffe sprenge man bei Mehrgebärenden bei bestehender Geradlage die Blase sobald als möglich, zur Einleitung, resp. Beschleunigung der Geburt. Sobald der Muttermund kein Hinderniss mehr gibt, greife man zur Zange. Mit der Wendung und mit Incisionen des Muttermundes solle man sparsam umgehen. Für einzelne Fälle könne im Interesse der Mutter oder bei einer Moribunden im Interesse des Kindes die Sectio caesarea indicirt sein, doch sei es unmöglich, hier präcisere Vorschriften aufzustellen. Verf. betont, im Gegensatze zu anderen Autoren, dass die Beendigung der Geburt günstig wirkt, indem in einer grossen Zahl von Fällen die Anfälle alsdann schnell sistiren. Unter 143 diesbezüglich zu verwerthenden Fällen der Beobachtung des Verf. hörten mit der Geburtsbeendigung die Anfälle sofort auf 92mal, kamen die Anfälle nur noch 1- oder 2mal wieder 29mal, kamen die Anfälle noch 3mal oder öfter wieder 22mal. In ungefähr 85 Procent der Fälle war also mit der Entbindung die Eclampsie sofort oder sehr schnell vorüber, eine Thatsache, welche allerdings mit Entschiedenheit für den günstigen Einfluss der Beendigung der Geburt spricht.

Literatur.

335. ***Die Tinctionsbehandlung inoperabler maligner Neoplasmen.*** *Von Prof. Dr. R. v. Mosetig-Moorhof. Mit 3 Tafeln. Wiener Klinik. 1. Heft. Wien 1892, Urban und Schwarzenberg.*

Wir müssen dem Verf., dem die chirurgische Therapie so namhafte Verbesserungen zu verdanken hat, dankbar dafür sein, dass er seine Erfahrungen über das im Titel genannte Thema in dem vorliegenden Hefte gesammelt und geordnet niedergelegt hat, umsomehr, als die bisherigen Mittheilungen des Verf. über diesen Gegenstand in der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, wie dies ja die Form der Vorträge mit sich bringt, nicht jene Ausführlichkeit in der Darstellung haben konnten, um nach derselben auch andere Praktiker und Chirurgen zur Aufnahme der hier geschilderten Heilmethode zu befähigen. Auch wir beschränken uns darauf, den Leser auf die vorliegende Abhandlung aufmerksam zu machen, eben weil eine auszugsweise Mittheilung der Methodik für die Zwecke der Praxis in diesem Falle nicht ausreicht. Auf pag. 18 spricht sich *v. Mosetig-Moorhof* über den Werth der Tinctionsbehandlung in folgender Weise aus: „Welche Bedingungen von Seite des jeweiligen Neugebildes es für die Pyoctaninbehandlung günstig gestaltet und welche nicht, konnte ich bis jetzt mit annähernder Bestimmtheit nicht ermitteln. Grösse des Tumors, langer Bestand, ob Sarcom, ob Carcinom, ob primär, ob recidiv, Alter des Patienten haben keine entscheidende Bedeutung, eher mögen massgebend sein die Localität des Leidens, Consistenz, der

Blutreichthum und die Form des Tumors. Doch auch in solchen zweifelhaften Fällen kann das Pyoctanin Anwendung finden, den decidirten Schaden habe ich davon selbst bei a priori für ungünstig erachteten Fällen gar nie beobachtet, im Gegentheile, es trat mit einer einzigen Ausnahme zum mindesten subjective Besserung ein und wurde das Wachsthum verlangsamt. Einige wenige unter den beobachteten inoperablen Fällen gediehen sogar befriedigend, für zwei Sarcomfälle stehe ich sogar nicht an, für die Tinctionstherapie den gleichen Erfolg zu beanspruchen, wie er sonst bei operablen Fällen einer gelungenen Operation zukommt." Verf. führt von 70 und mehr Fällen, die bis jetzt nach dem Tinctionsverfahren behandelt wurden, die wichtigsten 10 Fälle sowohl in ausführlicher Schilderung, als tabellarisch geordnet, an. In neuerer Zeit hat Verf. statt des Pyoctanins eine 2procentige Carminlösung als Tinctionsmittel versucht. Letztere Tinction zeigt raschere Effecte, vielleicht weil das Carmin rascher diffundirt und nicht so lange an Ort und Stelle bleibt wie das Methylviolett. — Die Ausstattung des Heftes ist eine vorzügliche. *O. R.*

336. ***Das Unterrichtswesen in Wien.*** *II. Mittel- und Hochschulen. Bearbeitet von Dr.* ***Wilhelm Löwy****, Magistrats-Concipist im statistischen Departement. Mittheilungen des statistischen Departementes des Wiener Magistrates. Separatabdruck aus dem Oesterreichischen Städtebuche (IV. Jahrgang). Wien, Druck und Verlag der k. k. Hof- und Staatsdruckerei, 1891.*

Jene unserer Leser, welche sich für den Stand der im Titel angegebenen Lehranstalten unserer Residenz interessiren, machen wir auf die vorliegende Schrift aufmerksam, in welcher sie ausser durch den erläuternden Text auch noch durch zahlenmässige Belege das Aufblühen jener Lehranstalten im letzten Decennium verfolgen können. Enorm ist die Zunahme der Medicin-Studirenden an der Wiener Universität trotz der fortwährenden Klagen über die Misère der ärztlichen Verhältnisse. Während im Jahre 1881 die Anzahl der Mediciner in Wien 1337 betrug, sehen wir im Jahre 1890 deren 3105. Leider fehlt eine Zusammenstellung des Lehrkräfte nach den Facultäten geordnet, aus der man ersehen könnte, in welchem Masse die Vermehrung der Schüler auch die der Professoren nach sich zieht. Nimmt man die Studienzeit des Mediciners als 6jährig an, dann hätten im Jahre 1890 die Wiener Universität 500 neue Aerzte verlassen sollen. Bekanntlich erreicht aber nur ein Drittel der so berechneten Anzahl dieses Ziel. Mögen diese Zahlen an massgebender Stelle ihre Würdigung finden. *R.*

Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

337. ***Ueber Leukämie und Pseudoleukämie.*** *Von Dr. Troje. Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft. Sitzung vom 24. Februar 1892. (Münchn. med. Wochenschr. 1892. 10.)*

Die zahlreichen verdienstvollen Arbeiten auf dem Gebiete der Bluthistologie haben doch nur wenige Momente ergeben, welche differentialdiagnostisch für die Unterscheidung von Leukämie und transitorischer Leukocytose verwerthbar sind. Diese wenigen Momente sind nicht einmal constant. So hat z. B. der bisher allgemein anerkannte Satz *Ehrlich's*, dass im leukämischen Blute die eosinophilen Zellen stets vermehrt sind, der Prüfung nicht Stand gehalten. *Troje* sah einen Fall von Leukämie, der eosinophile Zellen nur in geringer Menge und lange Zeit gar nicht führte, und umgekehrt fand er im Blute eines völlig Gesunden eosinophile Zellen in grosser Menge. Die Bemühungen von *H. F. Müller*, gewisse „Markzellen" als charakteristisch für Leukämie von den Leucocyten des normalen Blutes zu sondern, haben kein Ergebniss gehabt, wie des Vortragenden Untersuchungen ergaben. Eine weit höhere Bedeutung für die Differentialdiagnose misst *Troje* der von *Müller* betonten Formenverschiedenheit der im leukämischen Blute sich findenden weissen und besonders der eosinophilen Zellen bei. Das Auftreten zahlreicher verschiedener, meist mittelgrosser mononucleärer Formen neben den Zelltypen des normalen Blutes, die dem mikroskopischen Blutbilde ein ungewohntes, buntes Aussehen verleihen, hält er charakteristisch für Leukämie. Hinter diesen mit schmalem, homogenem Protoplasmasaume und relativ grossem, mittelstark tingiblem, fein reticulirtem rundlichem oder ovalem Kern versehenen Zellen können die gewöhnlichen Leukocytenformen, die Lymphocyten, die polynucleären Leucocyten und die grossen mononucleären Formen im leukämischen Blute wesentlich zurücktreten, ja absolut vermindert sein. *Troje* hält jene Form für die Jugendform der weissen Körper und setzt sie den von *Flemming* beschriebenen theilungsreifen Zellen in den Keimcentren der Lymphdrüsen gleich, indem er annimmt, dass sie bei der Leukämie in unfertigem Zustande in den Kreislauf gelangen, statt in normaler Weise in Milz, Knochenmark und Lymphdrüsen fertig auszuwachsen.

Diese Zellen hat *Troje* häufiger in Karyokinese angetroffen. Im normalen, strömenden Blute gelang ihm das nie; er glaubt, dass die Leukocyten zur Kerntheilung einer gewissen Ruhigstellung bedürften, die sie in den Maschen des Reticulum der sogenannten blutbildenden Organe finden. Seine Untersuchungen ergaben, dass die in Milz, Knochenmark und Lymphdrüsen sich findenden Kerntheilungsfiguren Leucocyten angehören, wie auch *Flemming* meint, und nicht nur Reticulumzellen, wie *Baumgarten*, oder nur Endothelzellen, wie *Ribbert* annimmt. Genau dieselben leucocytären Elemente fand *Troje* an den sogenannten metastatischen Lymphomen in Leber, Nieren, Magen- und Darmschleimhaut. Auch hier finden sich reichlich Mitosen, ein wichtiger Unterschied von den Leucocyteninfiltraten, wie sie als Emigrationserscheinung bei Entzündungen sich findet. Diese Kerntheilung bietet eine wichtige Analogie zu Geschwulstmetastasen. An den rothen Blutkörperchen sah *Troje* auffallende Grössenunterschiede, Zwergformen von $3^1/_2$ μ neben Riesenformen von $15^1/_2$ μ Durchmesser. Einzelne zeigten die von *Ehrlich* und *Hayem* be-

schriebenen, Farbstoff aufnehmenden Lücken, auch fanden sich die von *Ehrlich* als Degenerationsformen bezeichneten vielfach, die mit Hämatoxylineosin eine violette Färbung gaben. Zu einem grossen Theil fand sich in ihnen noch der Rest eines dunkler tingirten Kerns.

Die kernhaltigen Erythrocyten zeigten in Gesammtgrösse, Form und Zahl der Kerne vielfache Verschiedenheiten. Der Durchmesser betrug 16—18 μ. Gigantoblasten gehören also nicht allein der perniciösen Anämie an. Den weitaus interessantesten Befund im leukämischen Blute bildete aber die Entdeckung in typischer Kerntheilung begriffener, rother Blutkörperchen. Daraus geht hervor, dass die kernhaltigen, rothen Körper, die unzweifelhaft die Vorstufe der gewöhnlichen darstellen, sich durch selbstständige Proliferation fortpflanzen. Damit ist der in sich schon unwahrscheinlichen Annahme, dass die Erythrocyten umgewandelte Leucocyten sind, jede Stütze entzogen; und damit fällt auch die Theorie, dass die Leukämie auf einer mangelhaften Umbildung von Leucocyten in Erythrocyten beruhe. Allgemein wird man zu der Vermuthung gedrängt, dass die Leukämie eine Infectionskrankheit sei. Besonders wird dies wahrscheinlich durch die Fälle von Leucaemia acuta und acutissima, die das klinische Bild einer acuten Infectionskrankheit geben und durch die Mittheilung von *Obrastrow*, dass der Pfleger eines an acuter Leukämie Erkrankten bald gleichfalls die Affection acquirirte. Demnach würde die Krankheit sogar als contagiös erscheinen.

Was die Eingangspforte betrifft, so findet man nach *Hinterberger* bei den acuten Leukämien in der Mehrzahl der Fälle eine Stomatitis oder Darmulcerationen, die er eher als Primäraffection und Eingangspforte auffassen möchte denn als häufige Complication. Aber auch bei der chronischen Leukämie dürfte meist der obere Theil des Tractus intestinalis, vielleicht die so häufig intumescirt gefundenen Mandeln, die Eingangspforte der Infection darstellen. Dafür spricht wenigstens, dass das erste Symptom der Leukämie meistens die Anschwellung der Lymphdrüsen am Halse zu sein pflegt. Häufig findet man auch im Beginn Magen- und Darmstörungen angegeben, so dass *Béhier* eine besondere gastrointestinale Form beschrieben hat. *Troje* schildert einen besonders interessanten Fall von gastrointestinaler Leukämie lympholienomyelogener Natur mit subacutem, deutlich recidivirendem Verlauf. Das 17jährige Mädchen ging mit den Erscheinungen des Morbus maculosus Werlhofii zu Grunde; nach einer Besserung, die fast zur völligen Heilung geführt hatte (der Hämoglobingehalt war von 10 auf 65 Procent gestiegen, kernhaltige rothe Blutkörperchen und Leucocytose, die in so geringem Masse vorhanden gewesen war, waren verschwunden), trat eine schnell progrediente Leukämie ein, die ad exitum führte. Der Fall drängt zu zwei Schlüssen: 1. dass es sich um eine recidivirende Infectionskrankheit handelte, und 2. dass eine Pseudoleukämie das aleukämische Vorstadium einer sich entwickelnden Leukämie darstellen kann.

Unter den Namen Pseudoleukämie werden eine ganze Reihe äusserlich ähnlicher, aber grundverschiedener Krankheiten in einen Topf geworfen. *Ebstein's* acute Pseudoleukämie ist z. B. mit dem Scorbut identisch; sein „chronisches Rückfallfieber" sondert sich als eine eigenartige Infectionskrankheit von allen anderen ab. Wieder andere Formen sind einfache Lymphdrüsentuberculose, wenn auch *Billroth* wohl zu weit geht, der alle malignen Lymphome als bacilläre Tuberculose auffasst. In vielen der als auf Tuberculose beruhend beschriebenen Pseudoleukämien

scheint es sich um eine Mischinfection zu handeln. In einem anderen Falle sah *Troje* eine grosszellige Spindelzellensarcomatose aller Lymphdrüsen des Körpers; es handelte sich um eine „Pseudoleukämie“ mit Broncefärbung der Haut; der Fall ist jedenfalls von dem gewöhnlichen malignen Lymphom der Pseudoleukämie mit dem Klein-Rundzellensarcom der Lymphdrüsen zu trennen. Nach Ausscheidung aller dieser Gruppen bleibt noch ein Stamm von sogenannten Pseudoleukämien übrig, die nichts sind als aleukämische Vorstadien wahrer Leukämie. Fälle, wo eine Pseudoleukämie sich vor den Augen des Klinikers in eine Leukämie umwandelte, sind zahlreich beobachtet, neuerdings auch in der Pädiatrie, wo die Anémie infantile pseudoleucémique gleichfalls in wahre Leukämie übergehen kann, wenn nicht vorher schon die concomitirende Gastroenteritis den Tod herbeiführt. Zu einer Erklärung dieser scheinbaren Räthsel macht Vortragender folgende Reflexionen:

Bei acuten Entzündungen, z. B. bei acuter, eitriger Peritonitis, treten mehr Leukocyten aus dem Blute aus, als eine etwa plötzlich auftretende Proliferation der Leukocyten ersetzen könnte. Wir müssen also ein regulatorisches Vermögen der blutbildenden Organe annehmen, einen eigenthümlichen, schleusenartigen Mechanismus, vermittelst dessen sie für die Erhaltung eines bestimmten, dem Organismus zuträglichen Leukocytengehaltes im Blute Sorge tragen. Der erhöhten Ausgabe entspricht erhöhte Zufuhr. Auch die Ausgabe rother Blutkörper vom Knochemarke her scheint ähnlich regulirt zu sein. Normaler Weise gelangen nur ausgebildete Zellen in den Kreislauf; nur, wenn die Schleuse völlig freigegeben wird, kommen auch unfertige Elemente, z. B. auch kernhaltige rothe Blutkörperchen in den Blutstrom. Findet in den hämatopoëtischen Organen, z. B. auf bacteriellen Reiz, eine krankhaft vermehrte Proliferation weisser Blutzellen statt, wie beim Typhus in den lymphatischen Apparaten des Darms, in den mesenterialen Drüsen und der Milz, so wird der Uebertritt der aus der krankhaften Ueberproduction hervorgegangenen Zellen in das Blut durch den Regulationsmechanismus verhindert; die Organe schwellen in Folge dessen an. Aehnlich kann man sich die Vorgänge auch bei der Leukämie denken. Der wahrscheinlich mikroparasitäre Reiz führt auf dem geschilderten Wege zu der Ausbildung der zuerst weichen, später (durch Hypertrophie des Stützgewebes) harten Lymphome, so lange der Regulationsmechanismus functionirt, also zur sogenannten Pseudoleukämie. Sobald aber der Mechanismus durch Ueberanstrengung insufficient wird, wird das Blut mit Leukocyten, und zwar auch mit unfertigen Jugendformen und — wenn das Knochenmark erkrankt ist — auch mit kernhaltigen Erythrocyten überschwemmt, und die Leukämie ist fertig. So löst sich auch der Widerspruch, dass man Jugendformen der rothen Blutkörper da findet, wo sie in ihrer Gesammtheit vermindert erscheinen. In einzelnen Fällen kann ein regulatorisches Vermögen der Gefässwandung, weisse Zellen in besonderem Grade durchzulassen und im perivasculären Gewebe abzulagern, den Eintritt der leukämischen Blutmischung verzögern; dies Stadium würde dem Bilde einer Pseudoleukämie mit Metastasenbildung entsprechen. Dies Stadium kann aber übersprungen werden und die Metastasenbildung kann auch in einem späteren Zeitraum noch eintreten. Für diese Auffassung spricht eine Beobachtung von *Senator* an zwei $1^1/_2$jährigen Zwillingsschwestern. Die Eine hatte ein Verhältniss von 1 : 168, die Andere von 1 : 75 rothen Blutkörperchen. Bei der Ersteren aber war die Milz bedeutend grösser.

Hier hatte der Hemmungsmechanismus aber länger functionirt und so das Organ mehr ausgedehnt. Der Unterschied zwischen Pseudoleukämie und Leukämie ist also der, dass dort noch ein Regulationsmechanismus in Thätigkeit ist, der hier ausgesetzt hat.

Kleine Mittheilungen.

338. Auf Grund einer einschlägigen Beobachtung, nach welcher nach dem ***Stillen der Blutung einer Wunde durch Spinnengewebe die Erscheinungen von Tetanus aufgetreten*** sind, sind von den Professoren *Tamassa* und *Frattini* in Padua Untersuchungen angestellt worden, welche die Autoren zu folgenden Ergebnissen führen: Die so häufigen Tetanuskeime in gewissen Bodenarten können sich als Staub auf den an der Erde wie an den Mauern ausgebreiteten Spinnennetzen auflagern und die Verwendung eines solchen Spinngewebes zur Stillung einer Blutung kann Tetanus herbeiführen. Ausserdem können andere pathogene Keime, hauptsächlich die Eiter erregenden Mikrococcen, durch das Spinngewebe zu Infectionen Anlass geben. Darnach ist forensisch der Eintritt des Tetanus, welcher auf die Application von Spinngeweben auf eine Wunde folgt, ein Ereigniss, für welches die Natur der erst gesetzten Wunde allein nicht verantwortlich gemacht werden kann.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 7.)

339. ***Das Cornutin als wirksames blutstillendes Mittel bei Blutungen der Harn- und Geschlechtsorgane.*** *Von Dr. **A. Meisels**. (Pest. med.-chir. Presse. 1891. 39. — Centralbl. f. Chir. 1892. 9.)*

Verf. gibt bei Blutungen aus Harn- und Geschlechtsorganen (bei Urethritis, bei Cystitis, bei Uterusblutungen) Dosen von 0·01 pro die Cornutin und hat ausgezeichnete Erfolge damit erzielt. Diese guten Resultate haben ihren Grund in der constanten Contraction der Gefässe und glatten Musculatur des Urogenitalapparates, die durch das Cornutin bedingt wird.

340. ***Eine Elektrode von 17½ Cm. Länge durch Bauchschnitt aus dem Colon descendens entfernt.*** *Von **Morse**. (Occident. med. times. 1891. December. — Centralbl. f. Chir. 1892. 9.)*

Einem an Hämorrhoiden leidenden Mann, der sich selbst wegen vermeintlicher Mastdarmstrictur mittelst elektrischer Sondirung behandelte, entglitt die Sonde und wurde durch den Versuch, sie herauszuziehen, von ihm immer tiefer in den Darm gestossen. Obgleich mit der ganzen Hand in den Mastdarm eingegangen wurde, konnte die Elektrode doch nicht erreicht werden, und es wurde nothwendig, sie durch Bauchschnitt und Einschnitt in das Colon descendens mit nachfolgender Naht zu entfernen.

341. ***Asa foetida gegen habituellen Abortus*** empfiehlt Dr. ***G. Turazza*** (Centralbl. f. Gyn. 1892. 9. — München. med. Wochenschr. 1892. 10). Er verordnet Gumm. res. asa foet. 6·0; f. pil. 60; hiervon sind, sobald man eine neue Schwangerschaft vermuthet, täglich 2, steigend bis täglich 10, zu geben mit allmäliger Verminderung bis zur Geburt. *Turazza* hat 4 Fälle in dieser Weise glücklich behandelt.

342. ***Die Trunksucht in Belgien.*** (Illenauer Wochenbl. 1891. 25. — Der Irrenfreund. 1892. 7 u. 8.) Das Land trinkt 10,000.000 Liter Alkohol im Jahr. Und dieser Verbrauch steigt noch fortwährend! Während in den letzten fünfzehn Jahren die Bevölkerung sich nur um 14 Procent vermehrt hat, hat der Verbrauch von Alkohol um 37 Procent zugenommen, und zugleich haben sich vermehrt:

die Fälle von Geisteskrankheit in Folge Trunksucht	um 45	Procent,
das Verbrecherthum	„ 74	„
die Selbstmorde	„ 80	„
das Bettler- und Landstreicherthum	„ 150	„

Dieser Stand der Dinge ist zum grossen Theil eine Folge des Alkoholismus. Das Land gibt für starke Getränke aus 135 Millionen im Jahre, während der Staat nur 16 Millionen auf den öffentlichen Unterricht verwendet. Es gibt 5500 Schulen und 136.000 Schankwirthschaften.

343. ***Wohlschmeckendes Ricinusöl.*** (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 4. — Therap. Monatsh. 1892. Februar.) Nach den Angaben von Dr. *Standke* im Laboratorium der Herren *Föllner* und *Bergmann* in Bremen wird wohlschmeckendes Ricinusöl dargestellt, indem feinstes Ricinusöl wiederholt mit heissem Wasser behandelt, dann mit so viel Saccharin versetzt wird, dass es wie ein dünner Syrup schmeckt, und schliesslich mit Zimmtaldehyd und Vanille aromatisirt wird. In allen Fällen, in denen ein solches „Oleum Pricini aromaticum" angewendet wurde, wurde dasselbe ohne Beanstandung und ohne Widerwillen eingenommen.

344. ***Gegen Oxyuris*** wendet *Minerbi* (Annal. de Méd. 1891. 49. — Therap. Monatsh. 1892. Februar) Klystiere mit Naphthalin nach folgender Formel an. Bei Kindern:

Naphthalini 1·0— 1·5,
Ol. olivarum 40·0—60·0.
DS. Für ein Klystier.

Bei Erwachsenen: *Naphthalini* 5·0— 6·0,
Ol. olivarum 60·0—80·0.
DS. Für ein Klystier.

345. ***Intoxication mit Phenacetin.*** (Med. Record. 1892, 23. Januar. — Pharm. Presse. 1892. 11.) Eine Dame holte sich in einer Apotheke zwei Phenacetinpulver à 0·6 Grm. und nahm sie innerhalb einer Viertelstunde ein. Fünf Minuten nach dem zweiten Pulver stellten sich Convulsionen, Schmerz in der Herzgegend und Präcordialangst ein. Die Patientin wurde bleich, mit profusem Schweiss bedeckt, puls- und stimmlos, mit verlangsamter Athmung. Die herbeigerufenen Aerzte waren erst nach einer Stunde und durch Anwendung von Stimulantien und Einathmen von Amylnitrit im Stande, die gefährlichen Symptome zu beseitigen. Man sieht daraus, dass Phenacetin nicht so harmlos ist und dass seine Anwendung Vorsicht gebietet.

346. ***Behandlung des Keuchhustens mit Quabain.*** Von *Porteus Lindey.* Das Quabain wird aus dem wässerigen Extracte der Radix Quabaio (Carissa Schimperi) durch Auskrystallisiren gewonnen. *Gernell* machte den ersten Vorschlag, das Quabain ($C_{30}H_{46}O_{12}$) bei Keuchhusten zu versuchen, er verordnete Kindern bis zu 5 Jahren 0·001 Gran 3—4stündlich und beobachtete Coupirung der typischen Hustenanfälle und Verminderung ihrer Zahl und Häufigkeit, auch die Heilung soll beschleunigt werden. *Porteus* bestätigt die günstigen Resultate von *Gernell.* Das Mittel wirkt schweiss- und harntreibend, es setzt Puls- und Respirationsfrequenz bedeutend herab. Erwachsenen kann man 0·001—0·002 Gran verordnen. (New-York med. Journ. — Centralbl. f. d. ges. Ther. 1892. III.)

347. ***Fremdkörper während 38 Jahren im Larynx.*** *Von Dr. Marick P. Ravenel. (Med. News und Rev. de laryng. 1891. 10. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 2.)*

Ein 45jähriger Mann hatte als 7jähriges Kind eine Nadel verschluckt, welche nicht herausbefördert wurde; im Alter von 38 Jahren fürchteten die Aerzte Lungenphthisis, welche Symptome jedoch vorübergingen, es blieben nur Rauhigkeit der Stimme und continuirliches Hüsteln zurück. Am 29. Januar 1891 kam ein starker Hustenanfall mit Herauswerfen der schwarzgefärbten Nadel; gar kein Blut; die Stecknadel war 2½ Cm. lang und mit einer 1½ Mm. dicken Incrustation umgeben; die Spitze war leicht umgebogen. Die beiden symmetrisch an den hinteren Enden beider Taschenbänder gelegenen Wunden lassen schliessen, dass die Stecknadel quer auf dem Larynx auflag.

348. ***Amerikanische Abführpillen.***

Extr. belladonn
Extr. nucis. vomic. aa. 0·2,
Podophyllini 0·36,
Aloës pulveris. 0·8
M. f. pill. Nr. XII.
Jeden Abend 1 Pille. (Pharm. Presse. 1892. 1.)

349. ***Defäcation durch den Mund.*** *Von Desnos. Pariser med. Ges. der Hosp. 27. Nov. 1891. (France méd. 1891. 49. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 7.)*

Ein Epileptiker beschmutzte bei Gelegenheit eines Anfalles mit einer aus dem Munde fliessenden, nach Geruch und Farbe fäculenten Flüssigkeit die Bettwäsche

Auf Befragen erklärte er später, dass er seit 2 Jahren seine Fäces nicht mehr durch den Anus, sondern durch den Mund entleerte. Bei genauester Ueberwachung entleerte er in der That um 6 Uhr Abends eine Stunde nach der Mahlzeit fäcale Massen durch den Mund. Die Entleerung ging unter zwei verschiedenen Verhältnissen vor sich. Bald bat der Patient, wenn er merkte, dass es so weit war, ruhig um ein Gefäss und gab die Massen mit einigen leichten Brechanstrengungen von sich; bald fand diese Expulsion inmitten einer Nervenkrise, einigen leichten Convulsionen statt, während welcher er unaufhörlich eine Hand auf seinem Rücken in der Gegend des Oesophagus hielt, wobei er erklärte, einen lebhaften Schmerz zu empfinden. Die Massen füllten ein Speiglas vollkommen aus, waren geformt, von etwas weicher, an anderen Tagen harter Consistenz, tiefbraun, und boten den Anblick von Massen dar, welche im Dickdarm sich aufgehalten hatten, nachdem die Verdauung im Dünndarm schon vollendet war. Sie zeigten den gewöhnlichen Geruch von normalen Fäces, aber nicht die furchtbare Fötidität von gelblichen, flüssigen Massen bei fäculentem Erbrechen bei innerer Einklemmung. Sie enthielten keine Spuren von Nahrungsmitteln, obwohl die Mahlzeit erst eine Stunde vorüber war. Einige Stunden vor der Entleerung war bei dem Patienten der Unterleib gespannt, hart, das Volumen vermehrt; er zeigte selbst in den unteren Regionen eine Dämpfung, welche nach der Defäcation verschwand, während zu gleicher Zeit das Abdomen in seinem Volumen sich verminderte. Niemals war die Palpation schmerzhaft. Der Patient datirt diese buccalen Evacuationen auf 2 Jahre zurück, und zwar auf einen Anfall, wo er von einer Mauer auf einen Baumzweig gefallen war; er hatte sich an einem Punkt verwundet, den er bestimmt bezeichnete, am oberen und inneren Theil der Fossa iliaca dextra. Er hatte lange Zeit an diesem Punkte Schmerzen gehabt, obwohl jetzt nichts dort zu bemerken war. Vielleicht hatte sich eine Communication zwischen dem Dickdarm und einem höhergelegenen Theil des Dünndarms gebildet. Bei Hysterischen sind vorübergehend Defäcationen durch den Mund constatirt worden. Dieselbe erklärt *Desnos* so, dass sich spasmodische Contractionen des Dickdarms bilden, welche im Stande sind, den Fäces durch die Valvula Bauhini rückwärts den Durchgang zu verschaffen.

Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Bericht des k. k. Krankenhauses Wieden vom Solarjahre 1890. Im Auftrage des hohen Ministeriums veröffentlicht durch die Direction des Krankenhauses. Wien, Verlag des k. k. Krankenhauses Wieden. 1892.

Demme, Prof. Dr. R. Klinische Mittheilungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde. Achtundzwanzigster medicinischer Bericht über die Thätigkeit des Jenner'schen Kinderspitales in Bern im Laufe des Jahres 1890. Bern. Commissionsverlag von Schmid, Franke & Co., 1891.

Ebenhoech, Dr. P., königl. bayer. Oberstabsarzt I. Cl. a. D. Der Mensch, oder wie es in unserem Körper aussieht und wie seine Organe arbeiten. Leichtfassliche Körper- und Lebenslehre zum Unterrichte an Mittelschulen, für Heil- und Lazarethgehilfen, Sanitätscolonnen, Samariter u. s. w., und zum Selbststudium bearbeitet von —. Mit zerlegbaren Abbildungen. Esslingen bei Stuttgart, Verlag von J. F. Schreiber.

Fischer, Dr. Bernhard, Director des chemischen Untersuchungsamtes in Breslau. Lehrbuch der Chemie für Mediciner. Unter Zugrundelegung des „Arzneibuches für das Deutsche Reich“ von —. Mit 46 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1892.

Klebs, Prof. Dr. E., Zürich. Die Behandlung der Tuberculose mit Tuberculocidin. Vorläufige Mittheilung von —. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1892.

Löwenfeld, Dr. med. L. Die objectiven Zeichen der Neurasthenie. Von —. Separatabdruck aus der Münchener med. Wochenschrift. Münchener medicinische Abhandlungen. VI. Reihe. 1892, München, Verlag von J. F. Lehmann.

Löwy, Dr. Wilhelm, Magistrats-Concipist im statistischen Departement. Das Unterrichtswesen in Wien. II. Mittel- und Hochschulen. Bearbeitet von —. Separatabdruck aus dem österreichischen Städtebuche (IV. Jahrgang). Mittheilungen des statistischen Departementes des Wiener Magistrates. Wien, Druck und Verlag der k. k. Hof- und Staatsdruckerei. 1891.

Schultze, Prof. Dr. Friedrich, Director der med. Klinik und Poliklinik in Bonn. Ueber die Heilwirkung der Elektricität bei Nerven- und Muskelleiden. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1892.

Senn N., Experimentelle Beiträge zur Darmchirurgie. Mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung des Darmverschlusses von —. Aus dem Englischen mit Autorisation des Verfassers übertragen von Dr. Willy Sachs, Specialarzt für Chirurgie zu Mühlhausen i. E. Basel, Verlag von Carl Sallmann, 1892.

Windler H., Preisverzeichniss der Fabrik chirurgischer Instrumente und Bandagen von —. Inhaber Herm. Windler und Georg Windler, kgl. Hoflieferant, Berlin N. W., Dorotheenstrasse 3 vis-à-vis der kgl. Universität. Berlin 1892, im Selbstverlage.

Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

WIENER MEDIZINISCHE PRESSE

XXXIII Jahrg 1892. Wochenschrift für praktische Aerzte. XXXIII. Jahrg. 1892.

Inhalt der Nummern 7—11 vom Jahre 1892:

Einzelpreis jedes Heftes: 45 kr. = 75 Pf.

Abonnements-Preise: „Wiener Medizinische Presse" und „Wiener Klinik": Inland: Jährlich 10 fl., halbj. 5 fl., viertelj. 2 fl. 50 kr. Ausland: Für das Deutsche Reich, alle Buchhändler und Postämter: Jährlich 20 Mark, halbj. 10 Mark, viertelj. 5 Mark. Für die Staaten des Weltpostvereins: Jährlich 24 M., halbj. 12 M. „Wiener Klinik" separat: Inland jährl. 4 fl., Ausland 8 M. — Man abonnirt im Auslande bei allen Postämtern u. Buchhändlern, im Inlande durch Einsendung des Betrages per Postanweisung an die **Administration der „Wiener Mediz. Presse" in Wien, I., Maximilianstr. 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.